



*Université Abderrahmane Mira de Béjaïa
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales
Option : Psychopathologie et Psychosomatique*

Mémoire de fin de cycle

*En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychopathologie et
psychosomatique*

Thème

Aspect psychosomatique de l'hystérectomie

Quel impact sur la sexualité ?

Etude de 05 cas au niveau de l'hôpital d'Amizour

Réalisé par :

IBARISSEN Yasmine

Dirigé par :

Mme MESSAOUR Dalila

Année universitaire 2017/2018

Remerciements

Tout d'abord, nous remercions Dieu le tout puissant, de nous avoir donné le courage, la patience et la volonté afin d'aboutir à l'accomplissement de ce travail.

*Mes profonde gratitude et vifs remerciement s'adresse à mon encadreur
Madame Messaour Dalila .*

*Je remercie tous les membres de jury qui me feront l'honneur de juger se
modeste travail.*

*Mes remerciements les plus sincères à l'ensemble des enseignants du
département des sciences sociales qui ont contribué à notre formation.*

*Je remercierais également le Directeur de l'Hôpital « Ben Mirad Elmekki » qui
se trouve à la Daïra d'Amizour, Bejaïa, ainsi que le service d'oncologie pour
leurs accueils, soutien et leurs sympathies.*

*Je remercier aussi tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la
réalisation de se mémoire.*

Enfin, je remercie les femmes ayant accepté de participer à cette recherche.

Dédicaces

Je dédie mon modeste travail à :

Mes très chers parents source de mon existence, qui mon

Accompagne durant tout mon parcours, je leurs dit MERCI

Pour votre soutien, encouragement et amour que vous m'avez offert.

A mon chers frères : Toufik et je lui souhaite aussi de réussir lors de sa

soutenance

Asmine

Sommaire

Introduction Générale

1- Problématique	4
2- Hypothèses.....	10
3- Définition conceptuelle	11

Partie théorique

Chapitre I: Le cancer de l'utérus (hystérectomie)

Préambule.....	13
1. Anatomie de l'utérus	13
2. Définition du cancer	13
3. Définition de l'hystérectomie.....	16
4. Définition du cancer de l'utérus	16
5. Les types du cancer de l'utérus.....	17
6. Les facteurs du risque.....	19
7. Les symptômes du cancer de l'utérus	22
8. Les moyens de diagnostic	23
9. Traitement du cancer de l'utérus	23
Conclusion	24

Chapitre II : l'aspect psychosomatique du cancer de l'utérus

Préambule.....	25
1-L'utérus en psychosomatique (sexualité et féminité).....	25
2-Le vécu psychosomatique des femmes atteintes du cancer de l'utérus.....	26
2-1- l'image du corps	26
2-2- l'impacte de l'hystérectomie sur la sexualité	28
2-3- l'impacte du cancer sur le couple	29
3- L'effraction corporelle et son impact sur le psychisme.....	31
4- Le traumatisme de l'hystérectomie	32
5- Le soutien de l'entourage.....	34
Conclusion	35

Chapitre III : La sexualité

Préambule.....	36
1- Définition des concepts de la sexualité.....	36
2- La sexualité humaine.....	38
3- La sexualité biologique.....	39
4- L'activité sexuelle.....	39
5- Le corps féminin pendant la relation sexuelle.....	40
6- Comment l'érotisme vient au corps.....	43
7- Le couple comme fondement de l'intimité sexuelle.....	45
8- Le couple.....	46
9- Les causes du dysfonctionnement sexuel chez les femmes atteintes du cancer de l'utérus (hystérectomie).....	47
10-La satisfaction sexuelle chez les femmes atteintes du cancer de l'utérus (hystérectomie).....	49
Conclusion.....	49

Partie Pratique

Chapitre IV : La Méthodologie de la recherche

Préambule.....	50
1- La méthode de la recherche.....	50
2- La pré-enquête.....	51
3- L'enquête.....	52
4- Les motifs du choix du thème.....	54
5- Présentation du lieu de recherche.....	54
6-Présentation du groupe de recherche.....	55
6-1- critère d'inclusion.....	55
6-2- critère d'exclusion.....	56
7- Les outils de recueil de données.....	58
8- Les difficultés de la recherche.....	61
Conclusion.....	62

Chapitre V : Présentation et analyse des résultats

Présentation et analyse des données de l'entretien clinique	63
Analyse de l'échelle de la satisfaction se des relations sexuelles	81

Chapitre VI : Discussion des hypothèses

discussion des hypothèses.....	82
Conclusion Générale	84

Bibliographie

Annexes

La liste des tableaux

N°	Titre de tableaux	Page
01	Les caractéristiques de la population d'étude.....	57
02	Les résultats du questionnaire de Mme Ghania.....	69
03	Les résultats du questionnaire de Mme Souhila.....	73
04	Les résultats du questionnaire de Mme Saida.....	74
05	Les résultats du questionnaire de Mme Lyla.....	76
06	Les résultats du questionnaire de Mme Nassima.....	80

La liste des schémas

N°	Titre de schéma	Page
01	Anatomie de l'utérus.....	15
02	Exemple de localisation du cancer de l'utérus.....	19

INTRODUCTION GENERALE

Introduction Générale

Le cancer est parmi les maladies graves du siècle, dont les causes sont multiples et due à une grande déficience nutritionnelle, au changement du mode de vie et à des facteurs génétiques et héréditaires. Parmi les cancers les plus fréquents le cancer des poumons, le cancer du sein et le cancer de l'utérus.

Le cancer de l'utérus est une pathologie d'origine infectieuse il est en deuxième rang de cancers chez la femme dans le monde en terme d'incidence et au premier rang en terme de mortalité, principalement dans les pays en voie de développement. En Algérie le cancer de l'utérus se place en deuxième position après celui du sein avec une incidence de 10.4 cause de mortalité féminine. malgré l'avancement des connaissances scientifiques sur les causes et les mécanismes de développement du cancer de l'utérus et ces conséquences chez une femme restent toujours très difficile à préciser, surtout sur les relations conjugales très intimes.

La découverte d'un cancer de l'utérus est toujours un énorme choc pour les femmes, son annonce les rapproche immédiatement de la mort, c'est aussi une atteinte potentielle de la féminité avec la peur des mutilations à venir. Même si l'espoir d'une guérison peut être d'avantage présent aujourd'hui, le cancer de l'utérus reste une épreuve très difficile pour les femmes et leurs conjoints qui à leur tour affecte la vie sexuelle.

Bien que de nombreuses avancées thérapeutiques au cours des ces dernières années, le cancer de l'utérus garde toujours un caractère menaçant aux yeux de la société et pourrait entraîner des remaniements physiques et psychologiques importants.

Les recherches sur le cancer de l'utérus ont longtemps été centrées sur l'unique vécu des patientes, les chercheurs s'intéressent depuis peu à l'impact de la maladie sur la vie sexuelle des patientes.

Ces recherches permettent donc d'expliquer pourquoi le cancer et ses traitements associés ont un impact sur la sexualité de la femme, Il est question de dysfonction, de peur, de fréquence, de satisfaction mais elles ne considèrent

Introduction Générale

pas la dynamique psychique qui fait lien entre la maladie et les difficultés de la sexualité.

C'est pour ces raisons que nous avons décidé de mener cette recherche dans le but de chercher et de mieux connaître la souffrance engendré par cette maladie qui débute déjà par les souffrances physiques accompagnée du vécu avec la maladie, et spécifiquement l'impact de cancer de l'utérus sur la vie sexuelle de la femme.

L'importance de notre étude réside à la fois dans son actualité pour enrichir les études, ainsi le manque d'accompagnement psychosomatique des femmes atteintes du cancer de l'utérus qui vivent leurs souffrance en silence surtout se qui concerne leurs vie sexuelle.

Nous avons choisi comme terrain d'étude L'hôpital Ben Mead El Mekki D'Amizour situé à Bejaïa, qui répond aux objectifs de notre recherche, nous allons utiliser l'entretien semi-directif et un questionnaire sur le degré de satisfaction durant le rapport sexuel.

Notre recherche est composée de deux parties : une partie théorique et une autre pratique.

Le premier chapitre : on a commencé par l'anatomie de l'utérus puis définir le cancer de l'utérus, les facteurs du risque, les symptômes, les moyens de diagnostic et le traitement.

Le deuxième chapitre : les effets secondaires sur l'état psychologiques des patientes.

Le troisième chapitre : sur les concepts de base de la sexualité.

La partie pratique est subdivisée en trois chapitres qui sont comme suite :

Dans le premier chapitre : on a essayé de faire un aperçu général sur les outils et lieu de recueil des données.

Dans deuxième chapitre : une présentation et une analyse approfondie des données ont été effectuées en analysant un questionnaire sur le degré de la satisfaction lors des rapports sexuels.

Introduction Générale

Dans le troisième chapitre : est consacré à la discussion des hypothèses.

Afin de mettre en évidence l'importance de suivi psychosomatique des femmes atteintes du cancer de l'utérus. On n'a clôturé notre recherche par une conclusion.

La problématique

L'être humain depuis son évolution est confronté à plusieurs obstacles durant toute sa vie, il peut être soumis à plusieurs altérations qui peuvent lui être fatale ou bénéfique pour la poursuite de sa vie, et parmi ces altérations nous avons des maladies très dangereuses comme le cancer qui nuisent à la vie de la personne dans les deux côtés c'est-à-dire physiquement et psychiquement.

Dans notre corps on a tous des gènes cancéreux, pour certains ils ne se développent pas, mais pour d'autres malheureusement, ils se développent à cause de facteurs de risques et d'éléments perturbateurs, de ce fait toute personne est susceptible d'avoir un cancer et notamment le cancer de l'utérus qui touche beaucoup les femmes.

Cette utérus est considérée comme symbole de la féminité, de la sexualité et de la maturité chez la femme, c'est pour quoi tout ce qui affecte cette utérus, concerne non seulement la femme mais aussi la société. Il est fréquent d'observer dans la famille un bouleversement tout au niveau fonctionnel dans les suites du diagnostic d'une affection cancéreuse. D'une part la famille est confrontée à l'angoisse et à la tristesse.

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), le cancer de l'utérus est le septième type de cancer par importance chez la femme, et que c'était le deuxième type de cancer qu'est Selon l'organisation mondiale de la santé(OMS), le cancer de l'utérus est le plus fréquent des cancers féminins, chaque année environ 2,7 million de cas diagnostiqués, cause de mortalité au niveau national.([http / globocan.iarc.fr](http://globocan.iarc.fr))

Le cancer de l'utérus est aussi l'un des principales causes de décès, les pays les moins développés. C'est en partie par ce que l'évolution des modes de vie est à l'origine d'une augmentation de l'incidence, mais aussi en partie par ce que les progrès cliniques enregistrés contre la maladie ne profite pas aux femmes vivant dans ces régions.

En Algérie, chaque année ; sept milles quatre-cents (7400) cas du cancer de l'utérus sont enregistrés avec environ de trois milles deux-cents (3200) décès

La problématique

enregistrés. Il est devenu un problème majeur de santé publique dans notre pays avec une réelle urgence d'intervention et de prise en charge. (Htt / globocanc. Iarc.fr).

Dans la plupart des cas, l'intervention chirurgicale est la seule solution, puisque pour la plupart des femmes la détection des symptômes est tardive, le cancer est déjà au stade tumeur (palpable).

Les traitements du cancer, s'ils sont de plus en plus efficaces restent cependant encore trop souvent inconfortables en disant des effets secondaires réversible et parfois irréversible. D'une part la phase de traitement est souvent longue et nécessite des allers-retours vers l'hôpital, voir l'hospitalisation, celle-ci entraîne pour les personnes de grand bouleversement et engendre une crise émotionnelle aigue.

Cette crise est principalement déclenchée par la menace de perdre la vie et mise en question des fantasmes d'immortalité du patient et de sa famille. D'autre par l'utérus qu'est symbole de la famille et de la féminité son hystérectomie crée une certaines perturbation psychiques liée au sentiment de la perte, qui peut engendrer une dépression, angoisse de mort par rapport à certains trouble de l'humeur, toute ces réactions peuvent être liée à cette maladie qui laisse des séquelles organiques et psychiques.

La déformation du corps par la perte d'un organe féminin, crée un sentiment de manque par rapport à d'autre femme, la perte de cette organe, constitué une menace directe et profonde à l'identité de la femme.

Divers études témoignent d'une détresse psychologique et un dysfonctionnement sexuel significatif chez un tiers de patients cancéreux, les femmes atteintes se plaignent d'une altération dans leur vie sexuelle. (leenhouts p. 123).

La problématique

Une évaluation a démontré qu'entre un quart et un tiers des couples qu'auraient des problèmes dans leurs vies intimes, ces difficultés qui apparaissent sont liées d'une part à des facteurs sous hormonothérapie (bouffées de chaleurs, prise de poids, mais aussi tout simplement une asthénie et des nausées). Et d'autre part, à des facteurs psychologiques ; image du corps qui résulte d'une perte d'estime de soi mais aussi une perte de confiance en son corps. Potentiellement investi comme objet de désir et de plaisir potentiel. (Leenhouts p. 123)

L'atteinte de l'image du corps concerne la représentation psychique qu'a la patiente de son corps et de sa perception de son vécu intime elle est beaucoup plus importante que l'atteinte réelle du corps ; la baisse de libido peut être également majorée par un syndrome dépressif parfois dénié ou peut visible chez une femme à laquelle ses charges sont nombreuses et qui lui permettent pas une baisse d'activité dans sa vie quotidienne.

De plus, l'existence de difficulté sexuelle ou conjugale antérieure entre les conjoints influents sur leurs vies sexuelles. Il est important de noter que ces difficultés persistant plus longtemps que la durée de traitement. Si la bonne communication dans le couple ne suffit pas, une intervention de couple est parfois utile pour permettre le retour à une vie sexuelle satisfaisante.

Les cancers quels qu'ils soient et leurs traitements ont un impacte sur l'organisation et l'équilibre psychique et physique du patient, et a sa qualité de vie qui a été désorienté par l'apparition de la maladie.

La sexualité à une place importante dans la qualité de vie elle est traitée en termes de l'image de soi, de sentiment de féminité et d'attirance sexuelle estimée, mais aussi les troubles fonctionnels liés à la tumeur et au traitement altèrent l'acte sexuel et l'intensité de l'orgasme, la sexualité est extrêmement touchée par l'atteinte directe de l'appareil génitale, mais aussi par les effets secondaires et les séquelles des traitements.

La problématique

L'étude de (Yazbeck ,2004), déjà citée, recense tous les travaux qui évaluent les conséquences de l'hystérectomie sur le vécu sexuel de la femme. Elle déplore le peu de cohérence entre les résultats des études et la pratique clinique, une méthodologie inadaptée pour aborder un concept complexe, la sexualité, qui n'est d'ailleurs jamais clairement défini et la prise en compte approximative des facteurs confondants pouvant avoir une influence, comme par exemple « le fonctionnement psychique».

Différente étude se sont penché sur ce délicat problème, en essayant de quantifier de façon organique l'impact de la maladie et de son traitement sur la vie sexuelle. (Trotti et Al, 2000).

L'expérience clinique montre qu'il n'est pas toujours aisé de définir un problème sexuel. Lorsque des personnes parlent de leurs difficultés sexuelles, elles donnent un sens à leur comportement, Or, le sens qu'elles donnent à ces attitudes dépend de leurs connaissances en matière de sexualité et plus globalement, du sens que l'environnement social donne aux comportements. (Will et al, 2006, P. 273).

Les troubles fonctionnels liés à la tumeur et aux traitements altèrent l'acte sexuel et l'intensité de l'orgasme. La sexualité est extrêmement touchée par l'atteinte directe de l'appareil génital mais également par les effets secondaires et les séquelles des traitements.

Les difficultés prolongées et le rejet global de la sexualité nous indiquent une problématique au-delà des inconvénients directs du cancer. La durée de troubles indique une problématique sexuelle sans étiologie organique, installée suite aux interventions sur le corps et durant bien après les traitements sans jamais régresser. Ce dernier temps indique des problèmes sexuels persistants à long terme, qui se cumule après guérison et traitement, mettant sur la voie d'une atteinte psychique considérable ne permettant pas de compter sur l'effet curatif du temps.

La problématique

À ce sujet, certains résultats des études consacrées à l'hystérectomie montrent un possible effet positif sur la sexualité de la femme, justifié par la contraception définitive, l'arrêt de la dysménorrhée et parfois de la dyspareunie. Cependant, si ces femmes paraissent soulagées du poids de la filiation, le lien qu'elles sont en capacité de faire entre sexualité et procréation n'est pas spécifié, ni d'un point de vue physiologique, ni d'un point de vue psychologique. Il en reste que ce pourcentage de femmes est faible et se situe à contre-courant de ce qui est régulièrement relevé par la clinique.

D'ailleurs, ces résultats variant avec les patientes ouvrent une nouvelle fois vers une problématique au delà du somatique. D'autre part, les études cliniques s'accordent à dire que les traitements anticancéreux sont effectivement susceptibles d'altérer la qualité de vie et la sexualité des patients à court ou à long terme.

On notera que sur (20) études en (2008) concernant les facteurs potentiels ayant une influence sur la sexualité après l'hystérectomie, (05) font état de la dynamique psychologique et (03) de l'état de la relation de couple.

Les données National du Cancer Institute aux Etats-Unis en 2004, révèlent 40 à 100% de dysfonctions sexuelles chez les femmes porteuses de cancer après diagnostic et traitements spécifiques, pour la spécificité des cancers gynécologiques, les dysfonctions sexuelles sont prolongées dans environ 50% des cas. ([htt/ globocan. Iarc.fr](http://globocan.iarc.fr)).

Plusieurs études chiffrées permettent d'affirmer un lien entre cancer et sexualité. L'étude belge (CARES 2006) recueillis sur (382) patients et leurs proches montre une dysfonction sexuelle chez la patiente et leurs conjoints de (73%) et (59%) respective, et aussi une perte de l'intérêt sexuelle de (51%) et (40%) pour la patiente et leurs conjoints respectifs. ([htt/ globocan. Iarc.fr](http://globocan. Iarc.fr)).

Les auteurs ont l'intuition et font l'aparté de l'impact de ces émotions sur la sexualité. Ainsi l'étude de (J-F. Girard en 2006) note que l'excitation sexuelle féminine est modulée par les pensées et les émotions qui perturbent leur désir.

La problématique

Les effets psychologiques secondaires des traitements ont une incidence sur la sexualité, et rendent difficile l'évaluation rigoureuse de l'impact des interventions de soins sur celle-ci. Ainsi, le contexte psychologique associé à la maladie elle-même, mais également provoqué par la maladie, peut être la cause des « réductions ou suppressions des pulsions sexuelles » mais également d'une « hyperactivité compensatoire ».

L'étude à propos du regard de la femme malade sur la sexualité et son couple, nous dit qu'un « corps qui souffre réveille et fait parler les représentations du corps sur la sexualité », il se développe ou s'exacerbe une fantasmagorie autour du corps et des traitements qui parasitent la représentation du couple et de la sexualité.

Si le corps change et qu'il peut effectivement y avoir une perte des sensations au niveau des zones érogènes, il est également difficile d'être dans le ressenti d'un endroit du corps investi par la technique, qu'il faut soigner et « réparer » à tout prix.

Au-delà des interventions concrètes réalisées sur le corps, ces techniques imposent aussi des contraintes.

C'est dans ce cadre que s'inscrit notre recherche de fin d'étude faite au niveau de l'hôpital D'Amizour ayant pour but d'étudier l'aspect psychosomatique de l'hystérectomie et son impacte sur la sexualité des femmes.

Pour se faire, nous avons commencé par des entretiens et des enquêtes avec des patientes afin de faire un diagnostic approfondi permettant d'identifier les dysfonctionnements.

Notre objectif est de vérifier l'impacte de l'hystérectomie sur le soma et le psyché ainsi que sur la vie sexuelle chez les femmes atteintes du cancer de l'utérus. On a essayé de répondre à la question suivante :

La problématique

➤ **Question générale :**

- L'hystérectomie influe négativement sur le soma et le psyché des femmes atteintes du cancer de l'utérus ainsi que sur leurs vies sexuelles et sociales

➤ **Question partiels :**

- Comment les femmes voient leurs corps après ces atteintes ?
- Comment leurs rapports sexuels sont après cette atteinte ?
- Comment les femmes atteinte du cancer de l'utérus vois leur vie au niveau de la société ?

Et pour répondre aux questions nous avons proposé les réponses suivantes :

➤ **L'hypothèse générale :**

- Les femmes qui ont subi l'hystérectomie se caractérisent par une image négative du corps qui a une influence sur leur vie sexuelle et qu'est cause de son dysfonctionnement et qui altère leur vie sociale.

➤ **L'hypothèse partielle :**

- Les femmes atteintes du cancer de l'utérus peuvent avoir une image négative de leurs corps
- Cette atteinte peut engendrer un dysfonctionnement au niveau de la sexualité de la personne.
- Les réflexions et les commentaires de l'entourage peuvent influencer sur la vie social de la personne et engendré le développementde la maladie (psyché-soma).

❖ **Définition des concepts et leurs opérationnalisations :**

✓ **L'hystérectomie :**

C'est de l'utérus par voie abdominale (hystérectomie abdominale ou par voie haute) ou par voie vaginale (hystérectomie réalisée par voies naturelles ou par voie basse) pouvant comporter également l'ablation de ses annexes.

La problématique

Fudiques : hystérectomie qui enlève le fond utérin et les trompes.

Subtotale ou supra vaginale : l'hystérectomie qui laisse en place le col de l'utérus (corps et col). (Dictionnaire médecine)

✓ L'utérus :

Organe génitale féminin destiné à recevoir l'ovule fécondé à fin de permettre son développement et à l'expulser à la fin de la grossesse. C'est un organe musculaire, creux, de 7 à 8 cm de long, forme d'une partie supérieur large, le corps, et d'une partie inférieure plus étroite, le col, la portion la plus haute et la plus large du corps est appelée le fond.

La cavité de l'utérus s'ouvre dans le vagin par le col et dans les trompes utérines par les parties supérieurs et latérales du fond (carnes utérines).

L'utérus est situé dans le vrai pelvis, entre la vessie et le rectum, en plus de la séreuse péritonéale qui le recouvre en grande partie, il est constitué d'une couche musculaire de fibres lisses qui forment trois épaisseurs ayant diverse direction d'une couche interne muqueuse pour vue de nombreuses glandes et d'un épithélium de cellules prismatiques possédant des cils vibratiles, il est suspendu dans le bassin par les ligaments larges, ronds et utéroscaraux.

✓ Cancer de l'utérus :

Le cancer de l'utérus est un cancer génital féminin susceptible de toucher soit le col, soit le corps de l'utérus et plus précisément l'endomètre, c'est-à-dire la couche de cellules tapissant l'intérieur de la cavité utérine.

✓ La sexualité :

Est une tendance fondamentale commune à tout les êtres car elle a pour finalité la procréation et donc la pérennité de l'espèce. En dissociant la procréation et le plaisir, en intellectualisant, la relation sexuelle, l'être humain a fait de sa sexualité une source d'épanouissement personnel, ou a l'univers, une cause de frustration, par l'échange des émotions et des sentiments, par le désir d'un plaisir partagé, la sexualité s'est compliquée tout en s'enrichissant. (Delahaye, 1992, p.183).

La problématique

❖ Opérationnalisation des concepts :

✓ L'hystérectomie :

C'est une ablation de l'utérus par une intervention chirurgicale. Elle entraîne l'arrêt des menstruations.

✓ Le cancer de l'utérus:

C'est une infection au niveau de l'utérus qui entraîne une modification de taille ou niveau du vagin, avec un Changement du vagin qui se rétrécit.

✓ La sexualité :

C'est la relation intime partagée entre femme et homme, qui procure du plaisir à l'un comme à l'autre, et elle est très importante dans la vie du couple dans le but d'avoir des enfants.

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE I

L'aspect médical du cancer de l'utérus

Préambule

Ce chapitre sera consacré pour la présentation de l'une des maladies chroniques la plus fréquente chez les femmes qui est le cancer de l'utérus, il reste la deuxième cause de mortalité dans le monde, il présente un problème majeur de santé publique.

1- Anatomie de l'utérus :

Localisation : l'utérus est situé dans le bassin à l'arrière de la vessie, et à l'avant du rectum.

L'utérus se présente sous la forme d'une pyramide inversée, en sa partie supérieure, deux trompes utérines, ou de fallope, viennent s'insérer sur chaque face latérale, et sa partie inférieure s'ouvre sur le vagin. (<https://www.cancer.com/>)

Structure : L'utérus est un organe creux possédant des parois épaisses, notamment musculuses, il est constitué de deux parties:

Le corps de l'utérus est la partie la plus volumineuse, elle se situe du fond de l'utérus, partie supérieure arrondie où s'insèrent les trompes de fallope, jusqu'au rétrécissement faisant la jonction entre le corps et le col, nommé isthme de l'utérus. (<https://www.cancer.com/>)

– Le col de l'utérus est la partie rétrécie constituée de deux parties : L'endocol, ou canal endo-cervical est la partie interne du col de l'utérus qui démarre de l'isthme et se poursuit jusqu'à l'orifice s'ouvrant sur le vagin.

– L'exocol, correspond à la partie externe du col et se situe dans la partie supérieure du vagin.

 **Paroi :** La paroi de l'utérus est formée de trois épaisseurs (3) :

1. Le périmétriium qui correspond à la couche externe enveloppant le corps et une partie du col de l'utérus. (<https://www.cancer.com/>)

2. Le myomètre qui constitue la couche intermédiaire composée de muscles lisses ([https/ www.cancer.com/](https://www.cancer.com/))

3. L'endomètre qui constitue la couche interne tapissant l'utérus et possédant des cellules glandulaires.

✚ Soutien : Différents ligaments viennent soutenir l'utérus, notamment les ligaments utérosacraux, ou encore les ligaments ronds de l'utérus. ([https/ www.cancer.com/](https://www.cancer.com/))



Schéma 1 : anatomie de l'utérus

2- Définition du cancer :

Nom générique des tumeurs maligne qui s'entendent rapidement et ont tendance à se généraliser on admet que le cancer se développe quand l'équilibre est rompu entre les mécanismes de défense de l'organisme et les forces qui provoquent l'anarchie cellulaire.

Ces dernières sont multiples est encore imparfaitement connus : terrain héréditaires prédisposent au cancer, facteur d'environnement très divers : produit chimiques, radiation virus, climat, habitudes alimentaires...etc. Qui peuvent libérer le pouvoir cancérigène que certaine cellules gardent à l'état latent ». (Delamare.2002. p. 127)

3- Définition de l'hystérectomie :

Ablation de l'utérus en totalité ou en partie « voie haute » abdominale ou par « voie basse » vaginale.

Hystérectomie élargie dans la quelle le col utérine est laissé en place
Hystérectomiesubtotale dans la quelle l'utérus est enlevé complètement y compris le col. (Delamare.2002. p. 190)

4- Définition du cancer de l'utérus :

Le cancer de l'utérus appelé aussi matrice est le cancer le plus courant de l'appareil reproducteur féminin, c'est une tumeur maligne qui prend naissance dans les cellules de l'utérus.

Une tumeur maligne signifie qu'elle peut envahir les tissus avoisinants et les détruire, elle peut aussi se propager (métastases) dans d'autres parties du corps.

✚ C'est un organe musculaire creux en forme de poire, où le fœtus se développe au cours de la grossesse, le revêtement interne de l'utérus, appelé endomètre, est formé d'un tissu riche en glandes, et la partie inférieure de l'utérus, ou col de l'utérus est reliée au vagin. ([https/ www.cancer.com/](https://www.cancer.com/))

Les cellules de l'utérus subissent parfois des changements qui rendent leur mode de croissance ou leur comportement anormal, ces changements peuvent engendrer des affections non cancéreuses, ou bénignes, comme l'endométriose, ils peuvent aussi entraîner la formation de tumeurs non cancéreuses dont les fibromes utérins.

✚ Des modifications dans les cellules de l'utérus peuvent aussi causer des états précancéreux, cela veut dire que les cellules anormales ne sont pas encore cancéreuses, mais qu'elles pourraient le devenir si elles ne sont pas traitées, l'hyperplasie atypique de l'endomètre est l'état précancéreux de l'utérus le plus courant. ([https/ www.cancer.com/](https://www.cancer.com/))

5- Les types du cancer de l'utérus :

Nous avons plusieurs types de cancer de l'utérus nous les trouvons comme suite :

5-1- Cancer du corps utérin (de l'endomètre) :

Ce cancer prend naissance dans la muqueuse qui tapisse la cavité de l'utérus. Il existe **deux grands types histologiques** de ce cancer de l'utérus, définis en fonction du type de cellules qui les composent :

✚ **L'adénocarcinome endométrial classique ou endométrioïde** (type I) Il représente 85 % des cancers de l'endomètre. ([https/ www.cancer.com/](https://www.cancer.com/))

✚ **Les adénocarcinomes dits non endométrioïdes** (type II) Ils regroupent les carcinomes séreux, les carcinomes à cellules claires et les carcinomes adénosquameux. Tous trois nécessitent l'établissement de schémas thérapeutiques spécifiques.

- Le cancer endométrial se dissémine par différentes voies :

5-2- Extension directe aux structures voisines

C'est la voie de dissémination la plus commune du cancer endométrial. Peuvent être envahis directement :

- a) Le col utérin ([https/www.cancer.com /](https://www.cancer.com/))

- b) Les annexes (ovaires et trompes)
 - c) Les paramètres (membranes traversées par l'uretère et les vaisseaux de l'utérus)
 - d) Le vagin
 - e) La cavité péritonéale (par l'orifice des trompes)
- ([https/ www.cancer.com/](https://www.cancer.com/))

5-3- Dissémination par voie lymphatique

Via les vaisseaux lymphatiques, le cancer endométrial peut s'étendre aux ganglions lymphatiques.

5-4- Dissémination par voie sanguine

Cette dissémination est **très rare au stade précoce de la maladie**, lorsqu'elle a lieu, elle occasionne principalement des métastases pulmonaires, mais parfois aussi hépatiques, cérébrales ou osseuses.

5-5- Cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus prend naissance dans les cellules qui tapissent **la partie inférieure et étroite de l'utérus (le cervix)** qui relie l'utérus au vagin.

Le principal facteur de risque du cancer du col de l'utérus est une infection chronique par des virus du papillome humain (HPV en anglais). Ces virus sont sexuellement transmissibles (IST), pour autant ce cancer en tant que tel n'est pas contagieux. ([https/ww. cancer.com](https://www.cancer.com)).

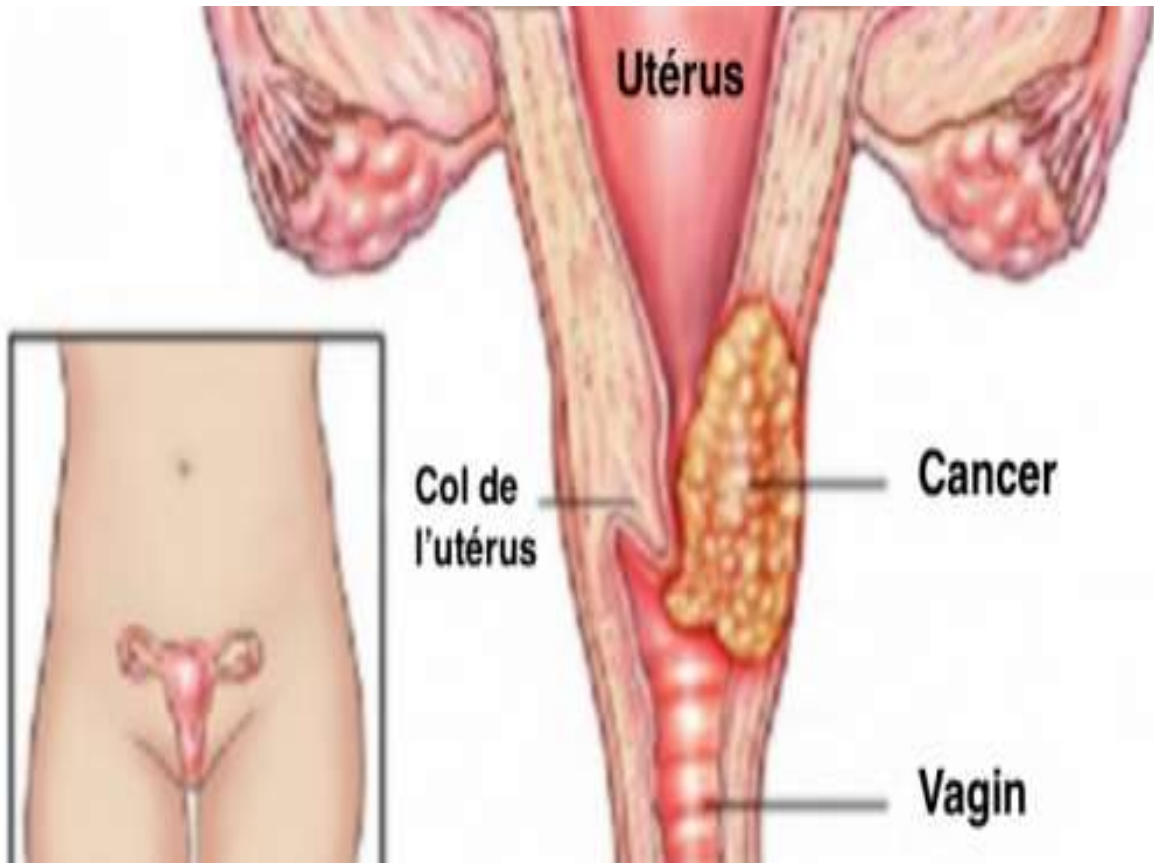


Schéma 2 : exemple de localisation du cancer de l'utérus

6- Les facteurs de risques :

Des preuves convaincantes permettent d'affirmer que les facteurs suivants font augmenter votre risque de cancer de l'utérus.

6-1- Hormonothérapie substitutive par œstrogène

L'hormonothérapie substitutive (HTS) a recours aux hormones sexuelles femelles (œstrogène, progestérone ou les deux) pour maîtriser les symptômes de la ménopause, comme les bouffées de chaleur, la sécheresse vaginale et les sautes d'humeur.

La recherche démontre que l'administration d'une HTS à base d'œstrogène seulement (sans progestérone) accroît le risque de cancer de ([https/ www.cancer.com/](https://www.cancer.com/))

l'utérus, associer l'œstrogène à la progestérone (HTS combinée) ne fait pas augmenter le risque de cancer de l'utérus. ([https/ www.cancer.com/](https://www.cancer.com/))

6-2-Nombre de menstruations

Les femmes qui ont un plus grand nombre de menstruations au cours de leur vie risquent d'avantage d'être atteintes du cancer de l'utérus.

On parle entre autres des femmes qui ont commencé à être menstrues avant l'âge de 12 ans (menstruations précoces, ou monarchie précoce) ou dont les menstruations ont cessé après 55 ans ([ménopause](#) tardive).

Des menstruations précoces tout comme une ménopause tardive signifient que le corps fabrique de l'œstrogène plus longtemps, ce qui accroît le risque de cancer de l'utérus. ([https/ www.cancer.com/](https://www.cancer.com/))

6-3- Aucun accouchement

Les femmes qui ne donnent jamais naissance à un enfant sont 2 fois plus susceptibles d'être atteintes du cancer de l'utérus que les femmes qui accouchent au moins une fois.

Lors de la grossesse, le taux d'œstrogène dans le corps baisse, plus une femme accouche, moins son corps fabrique d'œstrogène et plus son risque d'être atteinte d'un cancer de l'utérus diminue. ([https/ www.cancer.com/](https://www.cancer.com/))

6-4- Embonpoint et obésité

Une femme qui fait de l'embonpoint ou qui est obèse risque davantage d'être atteinte du cancer de l'utérus, la femme qui a beaucoup de graisse corporelle peut être jusqu'à 10 fois plus susceptible d'en être atteinte.

Les chercheurs ne savent pas exactement pourquoi l'embonpoint et l'obésité font augmenter le risque de cancer de l'utérus, c'est peut-être parce qu'avoir trop de tissu graisseux accroît le taux d'œstrogène dans le corps, et qu'une trop grande quantité d'œstrogène fait augmenter le risque de cancer de l'utérus. ([https/ www.cancer.com/](https://www.cancer.com/))

Chez les personnes obèses, le taux sanguin d'insuline et du facteur de croissance 1 analogue à l'insuline est souvent élevé, ce qui peut aider certaines tumeurs à croître, le risque d'apparition d'un cancer de l'utérus est encore plus élevé chez les femmes qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses et qui font de l'hypertension artérielle ou du diabète. ([https/ www.cancer.com/](https://www.cancer.com/))

6-5- Tamoxifène

Le Tamoxifène (Nolvadex, Tamofen) est un médicament hormonal administré pour traiter certains cancers, le plus souvent le cancer du sein.

Les femmes qui reçoivent du Tamoxifène pendant 2 ans ou plus risquent davantage d'être atteintes du cancer de l'utérus. ([https/ www.cancer.com/](https://www.cancer.com/))

6-6- Syndrome des ovaires poly kystiques

Le syndrome des ovaires poly kystiques (SOPK) est causé par des changements du cycle hormonal normal et du processus d'ovulation normal.

De nombreuses femmes atteintes du syndrome des ovaires poly kystiques ne sont pas menstrues souvent ou ne le sont pas du tout, et peuvent avoir de la difficulté à tomber enceintes.

Ces femmes risquent également davantage d'être atteintes du cancer de l'utérus. ([https/ www.cancer.com/](https://www.cancer.com/))

6-7-Diabète

Le diabète, aussi appelé diabète sucré, est une maladie chronique qui fait augmenter le taux de sucre sanguin.

La femme atteinte de diabète risque environ 2 fois plus d'avoir un cancer de l'utérus que la femme qui n'est pas diabétique.

La femme diabétique qui est également obèse ou dont la pression artérielle est élevée risque encore plus d'être atteinte du cancer de l'utérus. ([https/ www.cancer.com/](https://www.cancer.com/))

6-8- Radiothérapie au bassin

On a recours à la radiothérapie pour traiter certains cancers ou des saignements utérins causés par une affection non cancéreuse (bénigne).

La femme qui reçoit de fortes doses de radiothérapie au bassin risque davantage d'être atteinte du cancer de l'utérus. ([https/ www.cancer.com/](https://www.cancer.com/))

6-7- Tumeurs de l'ovaire sécrétrices d'œstrogène

La femme atteinte d'une tumeur de l'ovaire qui fabrique de l'œstrogène risque davantage d'avoir un cancer de l'utérus puisque son taux d'œstrogène est élevé. ([https/ www.cancer.com/](https://www.cancer.com/))

6-8- Peu d'activité physique

La femme qui fait peu d'activité physique risque davantage d'avoir un cancer de l'utérus, être active semble protéger du cancer de l'utérus. ([https/ www.cancer.com/](https://www.cancer.com/))

6-9- Syndrome de Lynch

Le syndrome de Lynch (aussi appelé cancer colorectal héréditaire sans polyposie ou HNPCC) est une maladie **héréditaire** causée par un changement (mutation) qui s'est produit dans l'un des gènes de réparation désappariés de l'**ADN**, Ces gènes corrigent habituellement les erreurs commises lors de la copie de l'ADN pendant la division cellulaire.

Dans le cas du syndrome de Lynch, les gènes de réparation désappariés ne fonctionnent pas correctement et les cellules porteuses d'erreurs ne sont pas réparées, ces cellules anormales finissent par s'accumuler et peuvent devenir cancéreuses.

Les femmes atteintes du syndrome de Lynch risquent davantage d'être atteintes du cancer de l'utérus au cours de leur vie, ces femmes ont tendance à avoir le cancer de l'utérus à un plus jeune âge que les femmes en général. ([https/ www.cancer.com/](https://www.cancer.com/))

6-10- Syndrome de Cowden

Le syndrome de Cowden est une maladie héréditaire qui peut provoquer la formation de nombreuses masses non cancéreuses appelées hématomes dans la peau, le sein, la glande thyroïde, le côlon, l'intestin grêle et la bouche.

Le syndrome de Cowden est causé par une mutation dans le gène PTEN, il accroît le risque de cancer de l'utérus. ([https/ www.cancer.com/](https://www.cancer.com/))

7- Les symptômes du cancer de l'utérus:

Les symptômes liés au cancer de l'utérus sont parfois difficiles à identifier parce qu'ils pourraient être causés par une affection différente, on note :

- Chez les femmes non ménopausées : saignements entre les règles, règles longues et abondantes
- Chez les femmes ménopausées : pertes sanguines
- Sécrétions vaginales (autres que du sang)
- Crampes et douleurs dans la région pelvienne
- Douleurs et difficultés quand on veut uriner
- Douleurs lors des relations sexuelles
- Perte de poids
- Ballonnements
- Enflure du bas du ventre.

Dans une grande majorité de cas, le saignement vaginal anormal est le tout premier (voire le seul) symptôme présent. Il est donc primordial de consulter un gynécologue dès qu'un saignement anormal se produit, c'est-à-dire en dehors du cycle régulier ou après la ménopause. ([https/ www.cancer.com/](https://www.cancer.com/))

8- Les moyens de diagnostic:

- Antécédents médicaux et examen physique
- Formule sanguine complète (FSC)
- Échographie transvaginale
- Biopsie ([https/ www.cancer.com/](https://www.cancer.com/))

- Endoscopie
- Analyses biochimiques sanguines
- Dosage des marqueurs tumoraux
- Lavement baryté
- Radiographie pulmonaire
- Tomodensitométrie (TDM)
- Imagerie par résonance magnétique (IRM) ([https/ www.cancer.com/](https://www.cancer.com/))

8- Les traitements du cancer de l'utérus :

Lorsqu'un cancer de l'utérus est détecté et ce peu importe son stade d'avancement, on procède systématiquement à l'ablation de l'utérus, des ovaires et des trompes de fallope, cette opération chirurgicale ne perturbe pas la vie sexuelle, mais elle provoque la stérilité immédiate et irréversible, un cancer détecté précocement ne nécessitera normalement pas de traitement supplémentaire.

Selon l'étendue de la tumeur, le personnel médical envisagera aussi la nécessité de la radiothérapie ou de la chimiothérapie.

Dans certains cas, un traitement hormonal est envisagé, soit au tout premier stade de la maladie (pour éviter l'ablation du système reproducteur et pouvoir ainsi avoir des enfants), soit lorsque la maladie est très avancée, afin d'éviter la propagation trop rapide des métastases. ([https /www.cancer.com](https://www.cancer.com))

Conclusion :

On résume, le cancer de l'utérus comme toute maladie organique, concerne l'aspect physique et psychique, qui a un impact sur les femmes, une souffrance physique et psychique, des changements les affectent dans leurs vie personnelles (modifications corporelles, les traitements).

Alors la prise en charge doit être sur le plant médical, aussi sur le plant psychologique pour améliorer leurs situations

CHAPITRE II

L'aspect psychosomatique du cancer de l'utérus

Préambule :

L'annonce du cancer vient bouleverser la temporalité psychique du patient.

Dans ce contexte de rupture, le travail du psychosomaticien se révèle essentiel pour aider le sujet à aborder les questionnements induits par cette effraction du réel, cette annonce peut avoir un retentissement immédiat, six mois après ou bien des années plus tard c'est donc dans un espace-temps singulier et propre à chaque patient qui doit s'inscrire à la rencontre.

1- L'utérus en psychosomatique (sexualité et féminité) :

C'est une manifestation qui peut être due à des regrets, à de la culpabilité ou de la difficulté à accepter l'absence d'un être cher, qui est décédé et que l'on voudrait encore avoir au pré de soi.

Lieu de procréation, organe féminin unique et indispensable à la survie de l'humanité suscite depuis des siècles bien des controverses ; au cours des siècles, on a pensé que les pathologies utérines avaient un retentissement sur la santé physique, mais aussi psychologique des femmes.

L'utérus est perçu comme étant doté d'un pouvoir migrateur dans l'organisme responsable de différentes plaintes somatiques, les civilisations égyptiennes, grecques et romaines perpétuent la force de cet imaginaire jusqu'à servir d'appellation pour regrouper un cortège de manifestations psychologiques sous le terme d'hystérie.

Freud, sexualité pré-génitale est un «continent noir», avec son déni du vagin et de l'utérus... de la figure maternelle, objet d'amour primaire, au ventre rempli d'autres enfants existants ou fantasmés (pénis), avec le désir, pour la petite fille, d'exploration et d'attaque (M Klein), sa violence avec l'angoisse et la culpabilité qui s'ensuit, à la figure paternelle, objet convoité en rivalité avec la mère, l'envie du «pénis» paternel pour combler la faille de la castration (narcissique archaïque). Retranscrit par Lacan : «l'homme est confronté à la castration, la femme à la privation». ([http /www.e-santé.be/](http://www.e-santé.be/))

Plus tard, l'utérus aide à combler ce vide (porter l'enfant du désir œdipien), autorisant fécondation et reproduction, la question du désir d'enfant est toujours importante même s'il est ambivalent ou contre-investi (désir refoulé maintenu).

L'utérus autorise la fécondation et la reproduction, il assure la fonction de menstruation, symbole du manque (Lacan) : l'hémorragie «de privation» signant la vacuité utérine n'en est pas moins un élément constitutif de l'identité féminine signant pour certaines une purification périodique (mauvais sang qui doit sortir...), qui contribue au maintien de la santé... ([http/ www.e-santé.be/](http://www.e-santé.be/)).

2-Le vécupsychosomatique des femmes atteintes du cancer de l'utérus :

Le cancer est un élément perturbateur dans le déroulement chronologique d'une vie, entraînant une rupture, pour cela il a été qualifié de « traumatisme », imposant des remaniements psychiques à plusieurs niveaux.

Les études indiquent que le fonctionnement psychique du sujet qui préexiste à la déclaration du cancer est déterminant à la fois pour le pronostic de la maladie et pour son impact sur la sexualité de la femme.

La richesse des défenses et les possibilités d'adaptation pourront par exemple permettre à la femme de dépasser la perte, le deuil de l'utérus et permettront les remaniements psychiques autour des axes sollicités par ce cancer (féminité, sexualité, maternité). (Venturini, 2014, p.132)

2-1 – L'image du corps en psychosomatique :

La plupart des études qui font le lien entre l'image du corps, « le bien-être corporel » et la sexualité s'intéressent au cancer du sein à la reconstruction mammaire et les différences de qualité de vie pour la femme entre tumorectomie et mastectomie.

Cependant, si le cancer pelvien n'a pas d'impact physique immédiat, il touche également les femmes dans leur féminité, là où s'incarne le devenir femme puis le devenir mère. (Venturini, 2014, p.132)

Le corps se modifie peu dans le miroir mais l'atteinte corporelle est là, dans l'imaginaire et dans le sensoriel, modifiant le miroir interne, si l'hystérectomie n'est pas visible sur le corps extérieur, elle retentit sur le corps imaginaire comme une castration, le vécu de la femme s'apparente à la mutilation et altère son identité féminine. (Venturini, 2014, p.132)

Ainsi les conclusions d'une recherche sur la qualité de vie de ces femmes, ne trouvant pas de changement au niveau de la sexualité entre mastectomie et tumorectomie, mettent en avant l'importance de réaliser une étude concernant la sexualité des femmes dont le cancer toucherait des organes en lien direct avec la sexualité ou la reproduction, les femmes atteintes du cancer pluvien ont des fonctionnements différents des femmes atteintes du cancer du sein.

Une étude stipule que la castration effective confronte les femmes à l'expérience de la perte, au deuil et aux remaniements identitaires que cela impose, et oblige donc la patiente à se tourner vers ses ressources internes.

Les auteurs s'accordent à dire que les modalités psychiques mises en place par les patientes atteintes à propos du regard qu'elles portent sur leurs sexualités et leurs couples, nous disent qu'un « corps qui souffre réveille et fait parler les représentations du corps sur la sexualité ».

Il se développe ou s'exacerbe une fantasmagorie autour du corps et des traitements qui parasite la représentation du couple et de la sexualité, si le corps change et qu'il peut effectivement y avoir une perte des sensations au niveau des zones érogènes, il est également difficile d'être dans le ressenti d'un endroit du corps investi par la technique, qu'il faut soigner et « réparer » à tout prix.

Au-delà des interventions concrètes réalisées sur le corps, ces techniques imposent aussi des contraintes, la pudeur n'est plus de mise lorsque l'on reste allongée en position gynécologique durant plusieurs heures, entourée de l'équipe, du vagin il sort des câbles de trois mètres qui sont reliés aux machines. (Venturini, 2014, p.132)

Alors, corps sensuel et corps sensoriel sont remplacés par un corps mécanique, et il faut investir et désinvestir très vite de toute sensation cet endroit du corps par où toute une identité passe, le clivage devient obligatoire pour supporter « l'injonction brutale à séparer le matériel du féminin ». (Venturini, 2014, p.132)

Les médecins interdisent la sexualité pendant un temps (cicatrisation) puis l'autorisent à nouveau ; ils exercent un contrôle sur le corps de la femme et tout se passe comme si celle-ci devait se cliver de son propre corps, Il n'y a plus de place pour l'autonomie, pour l'instinct des sens, pour laisser parler le désir. Le corps est contrôlé par la maladie les soins les médecins et peut-être la patiente.

Celle-ci, pour se réappropriier son corps, peut décider paradoxalement de ne plus s'en servir et de ne pas répondre aux prescriptions d'acte sexuel (en prévention d'une sténose). (Venturini, 2014, p.132)

2-2-L'impact de l'hystérectomie sur la sexualité :

L'impact de l'hystérectomie par exemple va dépendre, entre autres, du vécu sexuel antérieur de la femme, c'est-à-dire de la manière dont elle a intégré la sexualité et l'érotisme corporel. Dans ce sens, l'approche comportementaliste a opérationnalisé les comportements des patients cancéreux : Ils ont mis en évidence, entre autres, des prédispositions précoces, des structures d'interaction familiale, des pertes précoces, l'évitement des conflits, la suppression des émotions négatives et une hyper coopération. (Venturini, 2014, p.140)

L'étude d'E. Hirsch (2005) de référent psychologique, désigne elle aussi des vulnérabilités préalables déterminant l'impact du cancer sur la sexualité, notamment la structure de la personnalité et surtout la construction de la féminité et son rapport à l'autre sexe.

L'étude fait alors l'hypothèse qu'une femme ayant des difficultés dans ses relations aux objets ainsi qu'une défaillance narcissique serait plus vulnérable (Venturini, 2014, p.140)

aux atteintes de l'image du corps, donc plus susceptible de déclencher des troubles sexuels. (Venturini, 2014, p.140)

D'un autre côté, cette maladie de l'intime et ses conséquences iatrogéniques sexuelles entraînent un état psychologique spécifique qui retentit à son tour sur la sexualité de la femme.

Dans un premier temps, l'annonce est un temps déterminant pour les réactions et la mise en place des défenses psychiques, elle est parfois décrite en termes de « choc », elle déclenche des angoisses liées à la mort et aux mutilations et un état dépressif. L'annonce engendre déjà un premier état psychologique peu compatible avec la sexualité en termes de perte d'énergie et d'élan vital, faisant planer le risque, la perte et l'incertitude.

Un second temps, les traitements anticancéreux sont une atteinte corporelle et narcissique ; parfois castrateurs, ils influent sur la libido et la sexualité surtout si l'organe touché est sexuel, c'est dans ce temps que les études parlent d'une perte du pouvoir de séduction de la femme.

La chirurgie est mutilante et provoque une altération de l'image de soi, une remise en question et un renoncement, voire un dégoût de la sexualité ; la chimiothérapie est considérée comme une atteinte de l'image corporelle. Annonce et traitements déclenchent donc des angoisses fondamentales pour la femme :

- Angoisse d'abandon, car la patiente redoute, plus encore que la mort, le rejet et l'isolement.
- Angoisse de morcellement, provoquée par l'atteinte importante et intime de l'intégrité du corps.

Crainte de perdre totalement la maîtrise face à une perte d'autonomie du corps et à l'imprévisibilité du cancer. (Venturini, 2014, p.140)

2-3- L'impact du cancer sur le couple :

L'étude de 2006 sur le cancer et la dynamique de couple indique aussi une proportion importante (environ 54%) de troubles axio-dépressifs chez la patiente mais également chez son conjoint (environ 62%), résultats du questionnaire (hôpital anxiété and dépression sociale).

La littérature décrit deux mécanismes de défense psychopathologiques, principalement utilisés pour lutter contre les angoisses suscitées par le cancer, il s'agit de la « projection » et du « déni », les études se fédèrent autour de ces mécanismes bien que leur définition ne semble pas toujours concorder d'un référent à l'autre.

Dans le registre de la sexualité, c'est le « climat psychologique fragile » (J.M. Hannoun-Levi, 2005), associé aux contraintes physiques, qui conduisent ces femmes à refuser la sexualité, soit par opposition agressive soit par désintérêt et indifférence progressive.

Pour elle la sexualité est comme « déniée » ou en tout cas réduite au silence et mise de côté en attendant « la fin » de la maladie « le retour à la normale ».

La sexualité est mise de côté comme tous les plaisirs de l'homme en cas de danger peut-on vraiment penser au plaisir et d'autant plus aux plaisirs corporels lorsque le corps souffre et que le risque vital accapare l'esprit ? le rejet ou le déni de la sexualité, dans son aspect sensoriel, ponctue une situation ne permettant plus le « lâcher prise » et l'abandon de soi nécessaire au désir sexuel et à la réalisation du plaisir.

L'attention particulière portée au corps sensuel n'est plus possible car celui-ci est devenu source d'anxiété.

L'étude de P. Bondil et d. Habold souligne que l'impact du cancer sur la sexualité du couple et les troubles sexuels d'autres origines présentent des similitudes, dysfonction sexuelle et cancer ont tous deux un impact sur l'intimité (Venturini, 2014, p.145)

et l'affect du couple et de chacun des partenaires, définissant ainsi 5 sphères distinctes en relation d'incidence : sexualité, cancer, femme, conjoint et couple.

Cet impact commun correspond dans un premier temps à une incidence psychique sur le patient et son partenaire, dont un sentiment récurrent de culpabilité vis-à-vis de l'autre, s'ensuivent des mécanismes et des conduites réactionnels de l'ordre d'un évitement de l'intimité et de la tendresse donnant lieu à une désorganisation négative de la sexualité du couple. « Ainsi, cet impact délétère pour la sexualité du couple n'est souvent pas directement induit par la maladie (cancéreuse ou non) mais plutôt indirectement par le biais d'une réaction psychique aux conséquences physiques de la maladie. » (P. Bondil, D. Habold, 2009).

La même étude distingue les spécificités de l'impact du cancer retentissant sur la sexualité du couple :

- Les modifications corporelles et conséquences esthétiques dues aux traitements et notamment à la chirurgie.
- Les modifications iatrogéniques sexuelles.
- La symbolique des organes touchés: la valeur symbolique du « mauvais organe » (sexuel ou non) qui menace son propre corps de mort, plus encore si l'organe est sexuel (utérus, ovaires...) et représente la procréation.
- Le temps du cancer, qui sidère et hiérarchise: la connotation mortifère, la réalité de la menace vitale et la crainte de la rechute modifient les priorités du patient, du conjoint et du couple.

Il est intéressant de constater, bien qu'une relation de conséquence soit trop prompte à être donnée, que 4,5% des admissions en milieu psychiatrique se font suite à une intervention chirurgicale récente pour motifs gynécologiques. (venturini, 2014, p. 145).

3-L'effraction corporelle et son impact sur le psychisme :

La notion d'effraction corporelle proposée par D. Sibertin et C. Vidailhet permet de rendre compte des violences traumatiques imposées par la maladie, les traitements et parfois les discours qui entourent le patient, cette notion d'effraction ajoute à ce que nous connaissions du trauma des maladies graves, une dimension d'aliénation. L'effraction vient du dehors et s'attaque à l'intime ses traces de sont durables, comme les cicatrices des interventions.

Alors que le trauma concerne une irruption soudaine et brutale dans le psychisme provoquant une sidération de la pensée. (venturini, 2014, p. 195)

L'effraction brise à la fois l'enveloppe corporelle et psychique à la manière d'un traumatisme que l'on pourrait qualifier de corporel, l'effraction est au corps ce que le trauma est au psychisme.

Ce cancer et surtout ses traitements sont une effraction du corps en tant que blessure par pénétration. Cette effraction brise à la fois l'enveloppe corporelle et psychique à la manière d'un traumatisme que l'on pourrait qualifié de corporel, pour la patiente l'intrusion se fait sur le corps et génère des fantasmes, affects et représentations pénétrantes qui endommagent l'image du corps. Intrusion pénétration, mais aussi atteinte de l'intimité perte de la continuité d'exister, menace de l'identité, atteinte del'être dans son entier.

Le sujet dans cet état ne peut ni oublier, ni penser, il est à la fois possédé par la maladie et dépossédé de sa capacité d'autonomie corporelle et psychique, il est « assujetti à la présence d'un autre en lui ». (venturini, 2014, p. 200)

Relative immortalité, entretenue par les identifications aux générations suivantes qui se succèdent en sollicitant les capacités de création toujours présentes chez la femme vieillissant.

Le renoncement n'est pas de mise dans cette interprétation, les capacités d'identification narcissique à l'enfant grandissant et progressant sous-tendent les possibilités de la femme de surmonter les deuils qui ponctuent son temps féminin sans effondrement et sans fin. (Venturini, 2014, p. 132).

4- Le traumatisme de l'hystérectomie :

L'hystérectomie marque un tournant symbolique dans la vie d'une femme, en supprimant notamment toute perspective de grossesse, pourtant ces conséquences ne sont pas toujours aussi négatives qu'on pourrait le craindre.

L'hystérectomie, c'est-à-dire **l'ablation de l'utérus**, met brutalement un terme à la possibilité d'avoir un enfant, si la malade doit faire face à une atteinte à son intégrité physique, elle est également en proie à des problèmes psychologiques.

Pour éviter cette atteinte à sa féminité et préserver les chances de grossesse, des interventions moins mutilantes ont été développées, comme la **myomectomie**.

Après cette opération, qui consiste enlever seulement le fibrome, entre 30 et 50 % des femmes qui désirent un enfant peuvent mener à bien une grossesse, mais les chances de maternité sont diminuées en cas de fibromes multiples, car les myomectomies peuvent avoir un effet néfaste sur l'utérus. ([Http/ www.e-santé.be/](http://www.e-santé.be/)).

4-1- Grossesse après embolisation :

Pour les femmes qui n'ont plus de désir de grossesse, l'ablation de cet organe symbole de fécondité peut provoquer une remise en question douloureuse.

Cet impact psychologique, de même que l'effet de l'hystérectomie sur la fertilité, sont aujourd'hui mieux pris en compte et les indications de ces interventions sont plus prudentes.

Malgré l'évidence de cette dimension psychologique, la prise en charge des femmes devant être opérées reste cependant sommaire. "Nous n'avons pas de psychologues, confirme le Dr Le Dref, pourtant cela nous aiderait, ce serait certainement une bonne chose notamment pour les indications litigieuses. ([Http/ www.e-santé.be/](http://www.e-santé.be/)).

5-2- Moins de dépressions :

Attention cependant à ne pas trop rapidement généraliser, ces considérations ne doivent pas faire oublier que l'hystérectomie peut aussi avoir des conséquences positives, lorsqu'elle soulage des symptômes pénibles.

Une étude écossaise a comparé les résultats de l'hystérectomie et de la myomectomie endoscopique, quel que soit le type de l'intervention les femmes étaient moins dépressives et anxieuses après l'opération après un an quel que soit le type d'intervention (hystérectomie ou myomectomie), les difficultés psychologiques ou sexuelles étaient similaires.

Les auteurs concluaient qu'il n'existe aucune preuve qu'une hystérectomie entraîne des problèmes psychologiques postopératoires, néanmoins si vous en ressentiez le besoin après une telle intervention, n'hésitez pas à vous faire aider en sollicitant un soutien psychologique. (Dr Chantal Guénio) ; ([Http/ www.e-santé.be/](http://www.e-santé.be/)).

5-Le soutien de l'entourage :**5-1-Le soutien de la famille :**

La famille est source de soutien pour le patient, mais étant elle-même perturbée par ce stress, elle s'adapte aussi à la situation en fonction du soutien qu'elle reçoit.

En ce qui concerne le soutien du patient, il convient d'en distinguer les types et les sources.

Les différents types sont : l'apport d'information, l'aide tangible, instrumentale, le soutien émotionnel, l'aide à l'évaluation et l'affiliation sociale. Les sources sont : le conjoint, les autres membres de la famille, les amis, les voisins, les collègues, les soignants, les groupes d'entraide, les services sociaux. (Delvaux, 2006, p. 81).

5-2-Le soutien de conjoint :

Le soutien du conjoint a aussi été considéré comme une source d'aide importante pour le patient atteint d'une maladie chronique.

Mais le cancer n'est pas un problème individuel ; il affecte le couple, il existe toutefois des différences entre hommes et femmes en ce qui concerne leurs réactions psychologiques.

Il semble en effet que la détresse des femmes malades ou non soit significativement influencée par celle des conjoints alors que celle des hommes malades ou non ne le serait qu'emarginalement.

En ce qui concerne la recherche de soutien, les hommes recourent plus exclusivement à leur épouse que les femmes à leur époux autrement dit la plupart des maris considèrent leur épouse même lorsque celle-ci est malade comme une source prédominante de soutien, par contre les femmes cherchent un soutien auprès d'un éventail plus large de personnes et ce recours à un soutien plus varié se répercute de manière bénéfique sur le mari. (Delvaux, 2006, p. 81).

Conclusion :

En conclusion, la survenue brutale du cancer dépossède la patiente de son corps et de son avenir.

Lorsque les patientes émergent de cette période difficile après l'arrêt du traitement, ce n'est que progressivement qu'elles retrouvent une relation normale à leur corps comme avec leur entourage, il leur faut du temps pour réfléchir, pour prendre de la distance par rapport à l'histoire de leur maladie.

Pour chacune, il faudra arriver à rétablir une continuité entre l'avant et après, il faudra également vivre avec le doute, la peur de la rechute, les séquelles de certains traitements, les modifications du corps, les évolutions psychiques et les transformations relationnelles qui se sont produites.

CHAPITRE III

La sexualité

Préambule :

La sexualité est un terme au carrefour des disciplines et des cultures qui en influencent son étude à la croisée des lieux psychiques prenant un sens différent dans l'inconscient et la mise en acte de la réalité, enfin frontière douanée qui paye constamment son tribut entre le psyché et le corps.

Ainsi, il semble impossible d'aborder la sexualité féminine sans étudier le corps féminin, celui de la femme, celui qui souffre justement dans la maladie. Étudier la sexualité féminine demande à clarifier ses définitions à délimiter un champ d'approche et impose d'avoir toujours en tête l'unité psychosomatique.

Ainsi, traiter la sexualité des femmes nous commande de jongler avec ces deux notions (au moins), toutes deux définies par la psychanalyse : sexuel et sexualité.

1-Définition des concepts de la sexualité :**1-1 -La sexualité :**

Est « inter subjective » elle est « entre jeu », elle concerne la rencontre d'un sujet de désir avec un objet qui est aussi sujet de désir, et cela de manière essentielle, centrale, pourtant il tient comme fondamental l'exploration de la sexualité à proprement parler, c'est-à-dire la relation sexuelle dans une démarche analytique a fin de cerner la vie pulsionnelle dans son ensemble et pas seulement la Psycho sexualité mais également l'expression sexuelle de la pulsionalité : « je tiens l'interprétation de la sexualité et de ses jeux, ses fantasmes mais aussi ses pratiques effectives, voire ses « positions » comme la troisième voie royale de l'exploration de la vie psychique profonde » (Venturini, 2014, p. 48).

1-2- La notion de Sexuelle :

Cette notion désigne à la fois la sexualité activité consciente et ce qui la sous-tend et l'ordonne : « la vie sexuelle » ou terme équivalent chez Freud la vie« Libidinale » qui pose l'articulation du sexuel est de la vie psychique

prenant en compte la dimension de l'inconscient, de l'infantile. C'est dire que, pour la psychanalyse le sexuel est d'emblée « psychosexuel ».

Freud le rappelle en 1938 dans l'abrégé de psychanalyse le mot sexuel réfère en psychanalyse à un ensemble d'activité, de relation sans rapport avec les organes génitaux. (Chemama, 2009, p.528-529) le sexuel n'est pas à confondre avec le génital.

La sexualité ainsi compris en 'est qu'un des aspects et une des manifestations de la «vie sexuelle » ou « vie libidinale ». avec la copulation dans sa finalité de reproduction de même pas de maturation instinctuelle ou pulsionnelle qui par nature portait chacun à se définir en terme subjectif par rapport à son sexe ou celui d'un autre.

Lacan, reprenant ces avancées souligne que s'il n'y a que l'acte sexuel pour établir un rapport entre deux sexes, il n'y a pas de rapport sexuel au sens d'une conjonction naturelle établissant une adéquation et une complétude entre homme et femme.

1-3-Sexuation :

Dans la théorie psychanalytique façon dont hommes et femmes se rapportent à leur sexe propre, ainsi qu'aux questions de la castration et de la différence de sexes. (Chemama, 2009, p.528-529)

1-4-Le désir sexuel :

Le désir sexuel résulte d'un mélange subtil de stimulations sensuelles affectives et intellectuelles liées à des sensations physique réelles ou imaginées. (Delahaye, 1992, p. 194).

Le désir sexuel est l'atteinte de l'orgasme, notamment en présence du partenaire suppose un certain degré de vulnérabilité qui peut être perçu comme menaçant, voire impossible pour certaines femmes qui ne peuvent plus tolérer des sentiments de perte de maîtrise ou de changement des réactions de leur corps. (Venturini, 2014, p. 79)

1-5- La pulsion :

Se distingue de l'instinct en ce qu'elle n'est ni héréditaire ni adaptée à son objet. Au contraire la pulsion répond à une tension propre à une excitation corporelle et a pour but de supprimer la chose même qui l'a créée la tension à la source pulsionnelle pour maintenir l'homéostasie, en choisissant un objet adapté à sa satisfaction qui ne lui est pas « originellement connecté » (S. Freud, 2010).

But et objet ne sont donc pas spécifiques à une pulsion et il n'existe d'ailleurs pas une pulsion, mais des pulsions partielles qui s'unifient en pulsion sexuelle.

Le stimulus originel pulsionnel est somatique, la tension naît de l'intérieur de l'organisme, des organes et la pulsion en est le représentant psychique qui s'impose comme l'exigence de travail à fournir pour répondre au corporel.

La satisfaction de la pulsion est alors équivalente à la suppression de la tension. Les pulsions sont donc plusieurs des origines de la sexualité partielles mais aussi opposées, d'abord entre pulsions sexuelles et pulsions d'autoconservation puis à travers le dualisme pulsion de vie et pulsion de mort.

2-La sexualité humaine:

Se définit comme le terme qui n'en désigne pas par lui-même une valeur masculine ou féminine. Il sera plutôt constitué par un signifiant représentant les effets du signifiant sur le sujet, c'est-à-dire l'orientation d'un désir réglé par l'interdit.

Ce sera le signifiant phallique dont l'organe male ne constitue qu'une représentation particulière.

Le symbole phallique dans une perspective lacanienne ne représente pas le pénis, c'est plutôt celui-ci qui du fait de ses propriétés érectiles et détumescence, peut représenter la façon dont le désir s'ordonne à partir de la castration.

3-La sexualité biologique :

Elle désigne la façon dont l'inconscient des deux sexes se reconnaissent et se différencient, chez Freud d'ailleurs la nécessité de forger des catégories nouvelles se fait déjà sentir, notamment du fait qu'il attribue un rôle central au phallus, et cela pour les deux sexes se reconnaissent et se différencient. (Chemama, 2009, P. 526).

4- L'activité sexuelle :

Met en jeu non seulement ses effecteurs périphériques, mais aussi leur vascularisation, leurs trois (03) innervations et des voies centres médullaires et cérébraux.

L'érection est un phénomène vasculaire actif faisant intervenir la musculature lisse des corps caverneux. Sa commande nerveuse est parasympathique; des médiateurs spécifiques intra-caverneux, tels l'oxyde nitrique y participent.

Le pénis est maintenu habituellement flaccide par un tonus sympathique inhibiteur qui doit cesser pour permettre l'érection. La commande périphérique de l'éjaculation est sympathique. (Delahaye, 1992, P. 191).

La physiologie de l'excitation génitale féminine est moins bien connue au niveau central, on commence à repérer les zones du cerveau impliquées. Parmi les neuromédiateurs la dopamine est celui du plaisir et probablement du désir tandis que la sérotonine est plutôt anti-libido et retarde l'orgasme.

La physiologie sexuelle nécessite que la testostérone ne soit pas effondrée chez l'homme, tandis que chez la femme désir et plaisir seraient aussi sous la dépendance du peu de testostérone produit par la surrénale. (Delahaye, 1992, P. 191).

5-Le corps féminin pendant la relation sexuelle :

Les réactions physiologique et anatomique du corps féminin à la relation sexuelle sont identiques d'une femme à l'autre, indépendamment des réactions sensuelles et émotionnelles propre à chacune.

Ces manifestations de base de l'évolution de plaisir ont été classées en quatre phases montrant par le coté physique immuable et universel du plaisir sexuel féminin. Ce sont : la phase d'excitation, la Phase de plateau, la phase de l'orgasme et la phase de résolution.

Connaitre son corps permet de découvrir les clés de sa propre sensualité et de jouir du plaisir physique qu'apporte l'amour. (Delahaye, 1992, P.19).

5-1-La phase de l'excitation :

L'origine de l'excitation est le désir, il peut naitre spontanément par les sens ou être susciter et stimuler par des caresses.

Sous l'effet de l'excitation les organes génitaux vont se congestionner par un afflux de sang dans les régions pelviennes.

Les parois vaginales se gonflent et libèrent par un phénomène de transsudation un liquide fluide destiné à lubrifier le vagin.

L'afflux de sang s'intensifiant, les petites lèvres deviennent plus rouge tout en s'épaississant tandis que les grandes également enflées s'écartent découvrant ainsi la vulve.

Les grandes lèvres des femmes n'ayant jamais eu d'enfant s'aplatissent alors que chez celles en ayant eu au moins deux Elles s'agrandissent de façon notable. Le clitoris est lui aussi gonflé et grossit au fur à mesure que l'excitation monte, il contracte légèrement et concourt à augmenter les sensations de toute la zone génitale.

Le sexe est lourd et chaud sous l'effet de gonflement des tissus ; la cavité vaginale se rétrécit vers l'entrée du vagin, alors qu'elle élargit encore le fond de vagin. (Delahaye, 1992, p.191-192).

Les seins gonflent et durcissent tandis que les mamelons se redressent, l'aréole pigmentée devient plus sombre, et leur caresse participe à la montée de l'excitation générale. Dans cette monnaie du désir, les organes génitaux ne sont pas seuls en cause, le corps tout en entier se trouve bouleversé. Le pouls s'accélère, la tension artérielle s'élève, la respiration devient rapide, tous les muscles sont tendus.

La phase d'excitation variée selon l'intensité du désir, elle est entretenue par les caresses, les baisers et les paroles, arrivés à un stade maximal d'excitation, l'homme et la femme éprouvent le besoin de s'unir. (Delahaye, 1992, p.191-192).

5-2-La phase de plateau :

La phase de plateau commence au moment de la pénétration du pénis qui envoie des ondes de plaisir dans tout le corps.

Le vagin se resserre dans sa partie inférieure autour du pénis ce qui a pour effet de multiplier les sensations.

La sensibilité à ce niveau est devenue très grande et la moindre pression provoque une bouffée de plaisir. Ce plaisir qui irradie joint à l'excitation préliminaire conduit à l'orgasme.

Cette période d'attente fébrile de la jouissance représente la majeure partie de la phase de plateau, le rythme cardiaque et la respiration s'accroissent encore tandis que la vulve se congestionne un peu plus.

La jouissance n'est pas loin juste avant l'orgasme, les sécrétions vaginales diminuent tandis que le clitoris se rétracte légèrement, les pupilles se dilatent, les muscles se tendent et le plaisir arrive-telle une vague déferlante. (Delahaye, 1992, p.192-193).

5-3-La phase de l'orgasme :

C'est la phase la plus courte et la plus intense l'orgasme ne survient que si l'excitation sexuelle s'est maintenue à un certain niveau pendant un temps assez long.

Il dépend beaucoup du désir qu'on a du partenaire et de la qualité de ses caresses, une onde de plaisir monte de la zone clitoridienne lentement jusqu'à l'explosion finale.

Des contractions involontaires partent de clitoris et envahissent des vagues successives l'utérus les zones vaginales et les zones anales. Le clitoris se rétracte brusquement et reprend sa position et sa taille normales environ (10 à 20) secondes après la première décharge. (Delahaye, 1992. P193-194).

Le corps se raidit entièrement sous l'impulsion de ces contractions rythmées, libérant ainsi toute la tension sexuelle accumulée pendant la phase d'excitation et la peau peut se couvrir de rougeurs et de sueur.

Plus l'orgasme est monté lentement et plus qu'il est intense, les secousses sont alors nombreuses et pouvant aller jusqu'à une quinzaine. Elles diminuent progressivement d'intensité puis s'espacent avant de l'interrompre.

Pendant l'orgasme toute bascule il y a une perte totale de la conscience de soi et de l'environnement. (Delahaye, 1992. P 193-194).

5-4-La phase de résolution :

C'est la période de détente et de sérénité qui suit la libération de l'énergie accumulée pendant la phase d'excitation, un sentiment de satisfaction et de bien être général fait place aux tensions préexistantes, c'est l'instant de la tendresse.

Toutes les modifications physiques apparues s'estompent peu à peu puis disparaissent, le sang accumulé dans la région pelvienne circule à nouveau dans tout le corps, les organes génitaux internes et externes retrouvent petit à petit leur volume normal. (Delahaye, 1992. P 193-194).

6- Comment l'érotisme vient au corps :

Ce que l'on appelle « le corps érotique » est ainsi le témoin de la constitution d'une sexualité psychique et le fondement même d'une sexualité.

La représentation du corps (F. Dolto) remarque un médiateur spécifique entre les productions d'un sujet (dessin et modelage) et les instances psychiques, qu'elle appelle l'image du corps. Elle pense que l'on peut retrouver dans les scénarios imaginaires dégagés des productions, une énergie mise en jeu qui serait en fait la libido s'exprimant par le corps.

Sa thèse s'appuie sur l'importance de faire le lien entre le développement psychosexuel et le développement physiologique qui est moteur du corps.

L'invention de ce concept n'a pour seul but que de rendre compte d'un avant langage parlé bien antérieur à l'Oedipe dans lequel le corps désirant du tout petit est un lieu d'expression.

Le schéma corporel n'est donc pas l'image du corps, si c'est un lieu des pulsions, l'image du corps est celui de leur représentation l'un se construit par expérience et l'autre, par le biais de la communication, du langage ces expériences émotionnelles sont le résultat d'un vécu, celui des sensations érogènes archaïques mais également de sensations actuelles qui peuvent modifier l'image du corps. (Venturini, 2014, p. 159).

Il est donc question chez (Dolto) de conceptualiser par l'idée d'image inconsciente du corps, l'idée qu'il existe une mémoire inconsciente du vécu relationnel précoce évidemment propre à chacun et à distinguer du schéma corporel commun lui à l'ensemble des individus de l'espèce humaine, le schéma corporel réfère le corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate éventuellement indépendamment du langage. (Ventrini, 2014, p.159).

L'image inconsciente du corps réfère, quant à elle le sujet du désir à son jouir médiatisé par le temps mémorisé de la communication entre sujets et peut varier en fonction de l'instant, de l'interlocuteur et de ce que celui-ci mobilise par rapport à l'histoire.

L'image inconsciente du corps n'est pas immuable ; elle se construit mais surtout se remanie tout au long de la vie en fonction des épreuves infligées par la réalité au psychisme et au corps.

Cette image est composée de trois modalités : l'image de base, l'image fonctionnelle et l'image érogène. La cohésion de ces trois modalités assure tout au long du développement et plus tard face au monde l'image du corps et le soutien du narcissisme. Le schéma corporel peut être « sain » alors que l'image du corps peut être pathogène ou inappropriée car liée à une libido défaillante, cette défaillance de la « libido corporelle » est pour F. Dolto liée à des lacunes dans les castrations des pulsions archaïques qui ponctuent le développement de l'enfant.

Repris dans les termes de C. Dejours on parlerait d'un manque de subversion libidinale pour codifier le corps érotique « Notre schéma corporel est une réalité de fait il est en quelque sorte notre vivre charnel au contact du monde physique » ; Il est donc le premier touché par le contact charnel, les éprouvés prennent naissance par son ressenti, il est celui que l'on réfracte dans la réalité pour soigner ou pour blesser.

Cependant, l'atteinte du schéma corporel est compatible avec une image du corps intacte car la constitution de cette dernière dépend avant tout de l'échange langagier, du dialogue qui s'instaure autour du corps avec la mère.

Le non structuration de l'image du corps peut être dû au désinvestissement des parents ou à un défaut de communication avec l'enfant. F. Dolto parle d'un « corps à corps » dans lequel est abandonnée l'éducation au-delà de la satisfaction des besoins, rappelant la « relation perception » proposée par C. Dejours. L'image du corps est avant tout inconsciente, elle est propre à chacun et se constitue à travers l'histoire relationnelle du sujet indiquons également l'hypothèse faite par G. Pirlot sur l'existence d'un premier schéma corporel constitué sur le modèle du système artériel et veineux comme des conduites remplies de gaz et de liquide. (Venturini, 2014, p. 159).

Il remarque la réémergence d'un tel schéma lors de conduite alcoolique, « celles-ci proviendront du fait que les affects d'écoulement de perte de substance et d'hémorragie ont rendu difficile le passage de la perception d'un contenant à celle d'un vécu intérieur ». Cette constatation ne peut que nous interpeller dans la clinique des femmes, et qui plus est dans celle des pathologies gynécologiques. (Venturini, 2014, p. 159, 160).

L'excitation peut ne pas être suivie d'orgasme pour de multiple raisons ; la principale étant la précipitation de partenaire, dans ce cas la décongestion des organes génitaux se fait plus lentement et l'excitation décroît peu à peu.

Une relation charnelle interrompue par l'homme dès la fin de l'orgasme est très décevante, les femmes ont en effet un besoin impérieux de tendresse elles ne peuvent supporter l'idée d'être seulement un objet de désir et se désintéressent rapidement du sexe dans ses conditions c'est seulement dans un climat amoureux réciproque qu'une femme a des désirs ose les exprimer et les vivre pleinement. (Delahaye, 1992, p.194).

7-Le couple comme fondement de l'intimité sexuelle :

Le couple est le lieu de l'intimité. L'intimité sexuelle n'existe qu'au sein du couple, quelle que soit la forme donnée à ce couple légal ou clandestin, durable ou occasionnel, hétéro ou homosexuel, elle n'est pas seulement rencontre sexuelle mais bien partage de deux interiorités et échange émotionnel, plus le partage est engageant émotionnellement plus l'intimité sexuelle est forte et investissant.

L'intimité donne à la sexualité sa dimension de partage et d'activité humaine supérieure, le lien intime, une fois établie au sein du couple, celle-ci pourra continuer d'exister et se conjuguer autrement même si la sexualité se retire ou se modifie.

L'intimité protège le couple et le fonde, ceci est encore plus vrai dans nos sociétés postmodernes où le couple a remplacé peu à peu la famille et devient le

lieu de tous les enjeux, de tous les espoirs de réalisation seul et à deux. (Colson, p. 63-83).

8- Le couple :

Se voyant de cette façon, les femmes craignent d'être, comme nous le confirment certaines, "objet de commisération". Elles ont tendance à tout interpréter donc à repousser tout geste de tendresse ou d'amitié, se défendant contre elles-mêmes, de peur de laisser percer quelque chose de leur propre vulnérabilité.

Si la femme ne se reconnaît plus elle-même, on peut en dire autant de son mari qui à lui aussi du mal à reconnaître sa femme en pleine crise en proie à toutes ces angoisses et terreurs internes. À son tour, il est troublé et désemparé, et tente de faire face à cette situation comme il le peut, il est lui aussi confronté au problème de la mort. (Colson, 2007, p. 82)

Ce qui ne crée pas un climat propice à la détente et à la vie sexuelle, comme nous le faisait remarquer une femme dans un moment de désespoir: « Avoir la mort à l'intérieur de soi ce n'est évidemment pas une situation dans laquelle on a envie de faire l'amour ».

Ces difficultés sont d'un abord malaisé dans ce climat de crise, ce qui complique encore la situation et renvoie chacun à ses angoisses et sa solitude. On assiste alors à des réactions totalement irrationnelles et imprévisibles qu'il est difficile de comprendre de l'extérieur comme de l'intérieur.

En effet certains fuient dans des aventures extraconjugales auxquelles eux-mêmes ne comprennent rien, d'autres sont totalement paralysés non seulement devant leur propre femme mais aussi devant les autres.

Certains se plaignent d'être devenus impuissants pour un temps plus ou moins long, il faut se garder de juger le comportement de l'un ou de l'autre mais y entendre le désarroi qui s'y exprime. (Colson, 2007, p.83).

L'absence de l'utérus, de par les sentiments qu'elle déclenche, renvoie la femme comme l'homme aux peurs et interdits irrationnels liés à la sexualité ainsi, Certains appréhendent la reprise des rapports sexuels de crainte de réactiver la maladie, ou de la transmettre à l'autre, l'absence de l'utérus peut aussi renvoyer à l'avant puberté, à l'interdit de mettre en acte les désirs sexuels.

Dans le cas où le contexte d'avant la maladie n'était pas favorable à une vie sexuelle, le cancer peut précipiter le désintérêt pour la sexualité et servir ainsi de prétexte à son abandon.

Dans le quotidien du couple certains gestes qui allaient de soi avant la maladie et constituaient une forme d'intimité ne vont plus sans gêne. Il y a donc nécessité de dépasser les peurs réciproques, Pour que quelque chose de la qualité de la relation du couple soit restauré, un changement s'impose, cela passe nécessairement par un apprivoisement et un réinvestissement de certains gestes. (Colson, 2007, p.83).

9- les causes des dysfonctions Sexuelles :

9-1- causes physiques individuelle :

Sécheresse et rétrécissement du vagin : les traitements contre le cancer entraînent divers changements qui favorisent l'apparition de symptômes vaginaux comme la sécheresse, un rétrécissement, des ulcères et des infections. Ces changements rendent les relations sexuelles douloureuses.

La perte de l'utérus ; une vulvectomie modifie grandement l'image de soi et se répercute sur la pratique sexuelle.

La fatigue pendant et après le traitement contre le cancer, de nombreuses personnes se sentent épuisées et n'ont pas d'énergie.

La sensation de fatigue est différente de celle qui résulte des activités normales, pendant un traitement contre le cancer le corps mobilise beaucoup d'énergie pour la guérison, de sorte qu'un tel état de la lassitude extrême, qui persiste souvent malgré le repos, peut causer une perte d'intérêt pour l'intimité.

Perte de libido : une perte de libido est fréquente au cours d'un traitement contre le cancer, de nombreuses personnes atteintes du cancer perdent toute d'intérêt pour la sexualité parce qu'elles se sentent fatiguées et faibles après les traitements ou parce qu'elles sont trop préoccupées par la maladie.

9-2-Causes psychiques individuelles :

- Troubles mentaux : la plupart des troubles mentaux sont antisexuels, sauf manie, qui stimule la sexualité.
- La dépression est le trouble mental le plus fréquemment responsable de dysfonction sexuelle, rappelons que les psychotropes peuvent ajouter leurs effets secondaires à ceux de la maladie.
- Traumatismes psychiques actuels : événements de vie défavorable nécessitant (enlevé) d'adaptation.
- Traumatismes sexuels actuels: abus sexuels, facteurs très importants de dysfonction sexuelle.
- Maltraitance physique, psychologique, ou sexuelle, dans l'enfance, idem.
- Anxiété sociale, timidité, phobie sociale, sont aussi des facteurs de risque de dysfonction sexuelle.
- Peur ; les personnes atteintes d'un cancer ont très peu d'intérêt pour leur intimité parce qu'elles sont rongées par la peur de mourir et laissent leurs vies personnelles notamment de côté.

9-3- Causes psychiques de couple :

- Les messages positifs de la ou du partenaire renforcent puissamment la motivation sexuelle et le fonctionnement sexuel ; inversement des messages négatifs les inhibent.
- Les problèmes et difficultés de couple, passagers ou plus profonds, sont par ce mécanisme, des facteurs fréquents et puissants de dysfonction sexuelle, ils sont aussi heureusement très sensibles à des traitements de couple adaptés. (F Thibaut, 2000, p.37-105).

10- La sensation du plaisir sexuelle chez les femmes atteintes d'un cancer de l'utérus :

La notion du plaisir lors des rapports sexuels est très importante et primordiale dans le couple.

La sensation du plaisir chez les femmes atteintes du cancer de l'utérus est très différente d'une femme à une autre. Certaines femmes éprouvent du plaisir malgré la maladie parce qu'elles se sentent aimées par leur mari et n'éprouvent aucun inconvénient à ce qu'elles pratiquent toujours des rapports malgré le traitement et la maladie parce que leur moitié a toujours été là pour elle et l'a soutenu jusqu'à la fin et que rien n'a changé entre eux, et nous avons d'autres qui trouvent que les relations sexuelles sont dégoûtantes et n'éprouvent aucun plaisir à faire de rapport parce qu'elles n'ont trouvé aucun soutien de la part de leur mari, elles se voient comme objet sexuel ou elles ont perdu confiance en lui et qu'elles ont une faible estime d'elles.

Conclusion :

La sexualité féminine est un sujet vaste qui fait appel à une théorie riche, l'originalité de la partie théorique qui va suivre est de cibler ce qui intéresse la clinique du cancer de l'utérus et ses effets sur la sexualité féminine.

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE IV

Méthodologie de la recherche

Préambule :

Chaque projet de recherche contient une partie méthodologique bien déterminé qui le réalise dans le terrain, ce chapitre comprend la méthode et les étapes adoptées, elle Comprend les techniques de recueil des informations pour la réalisation de notre recherche sur les femmes atteintes de cancer de l'utérus.

1-Méthode utilisée dans la recherche :

Nous avons retenu la méthode clinique parce que c'est une méthode qui va nous emmener à comprendre et à observer la conduite de nos sujet de recherche et surtout à les étudier de manière singulière. La méthode clinique envisage : « *la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation chercher à en établir le sens la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits* » (Kh.Chahraoui& HBénony, 2003, p.11).

La méthode clinique utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'observation pour développer l'étude de cas unique. Cette étude de cas est la méthode la plus utilisée en pratique clinique et vise non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problème, il s'agit pour le psychologue de comprendre une personne dans sa propre langue dans son propre univers et en référence à son histoire, indépendamment des aspects de diagnostic ce qui favorise le contact affectif, l'expression émotionnelle, la clarification de la demande et du problème, l'émergence de relations entre les faits les événements passés et présents, etc. (Kh. Chahraoui& H. Bénony, 2003, p.11-12).

La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité mais sans pour autant s'y résumer.

Nous avons donc choisi l'étude de cas pour réaliser notre recherche car c'est une méthode qui nous permettra d'observer de comprendre de décrire et d'analyser l'impact du cancer de l'utérus sur la vie sexuelle des femmes mariées.

Ainsi selon D. Lagache « *l'étude de cas est comme une observation inspirée par le principe de l'unité de l'organisme et orientée vers la totalité des réactions d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation. Il ajoute que l'étude de cas permet d'établir un diagnostic et un pronostic et fournit une base rationnelle pour conseiller, traiter et éduquer le sujet* ». (J-L. Pedinielle & Fernandez, 2005, pp.59-61).

Le but de toute étude de cas, comme celui des monographies freudiennes, n'est pas de rapporter des faits exacts mais de chercher à illustrer l'expression de telle ou telle construction théorique et méthodologique préalablement élaborée.

Contrairement à la recherche armée par des batteries de tests statistiques, l'étude de cas véhicule des résultats qui s'expriment en mots plutôt qu'en chiffres, transmet l'empathie et la compréhension subjective plutôt qu'une analyse froide et détachée, situe les données dans un contexte individualisé plutôt que dans la sphère des valeurs absolues, cherche à bâtir de bons exemples plutôt que des échantillons représentatifs et parfois vise à responsabiliser le patient plutôt que de simplement l'observer (S. Ionescu, 2012, p. 62)

2-La pré-enquête :

Le pré enquête est une étape très importante dans la recherche. Elle consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments prévus pour effectuer l'enquête. Si on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant

même de préciser définitivement ses objectifs. (Kh. Chahraoui & H. Bénony, 2003, p.144).

Le pré enquête joue un rôle primordial dans la clarification et l'éclaircissement de certains concepts théorique et elle nous permet de bien classé nos hypothèses et pour élaborer un guide d'entretien qui sera adéquate. Nous avons examiné notre terrain de recherche afin de sélectionné les questions pertinents et qui pourrais nous servirai dans notre recherche.

Nous avons ainsi réalisés notre pré enquête au niveau de l'hôpital d'Amizour au service d'oncologie. Tout d'abord on s'est présenté au niveau de l'administration et de la psychologue du service en tant qu'étudiants stagiaires en deuxième année master psychopathologie et psychosomatique, après avoir eu l'accord du directeur et de la psychologue du service à qui nous avons exposé notre thème de recherche, on a débuté notre pré enquête. Nous étions livrés à nous-mêmes la psychologue nous a pas apporter un soutien (elle n'a pas cessé de dire que c'est un thème tabou et ils ne vont pas répondre à vos questions et qu'elle pense qu'il n y pas de cas qu'ils sont rare).

On a aussi constaté l'indisponibilité des cas car les patients ne viennent que les lundis et les jeudis et par moment aucun se présente et lorsque un cas présente, on se retrouve face un cadre de travail peu favorable de par l'indisponibilité du cadre et des conditions de travail. On s'est présenté à la première patiente et on lui a posé des questions de notre guide d'entretien concernant sa vie en générale et sa vie sexuelle en particulier, elle était coopérant et nous a dit j'avais des explications à demander mais il y a personne pour m'écouter car ma vie sexuelle a beaucoup changée.

3- l'enquête :

L'enquête, est l'ensemble des opérations par lesquelles les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits, et qui doit permettre de répondre à l'objectif qu'on s'est fixé (A. Blanchet & A. Gotman, 2014, p.35).

Elle« *Consiste à poser des questions à un vaste échantillon de personnes à propos de leur comportement ou de leurs opinions en utilisant des questionnaires ou des interviews* » (Kh. Chahraoui & H. Bénony, 2003, p.131-132). L'idée de l'enquête suppose qu'il existe des problèmes, son objectif exige qu'ils soient formulés.

Notre enquête s'est déroulée au niveau de l'EPH d'amizour du 25 mars 2018 au 20 Mai 2018, deux jours par semaine. Les deux premières séances ont été consacrées à la pré enquête.

A la rencontre de nos sujets de recherche tous étaient coopératifs, et ont donné leur accord, on leur a expliqué que tout ce qu'ils nous diront restera confidentiel et que c'est seulement dans le but de faire une recherche.

Nous avons formulé la consigne pour l'entretien de recherche en Français : « *Nous allons vous poser des questions concernant votre situation actuelle et on aimerait bien que vous répondiez* ».

Nous avons entamé les entretiens avec les patientes dès qu'ils étaient disponibles et présent au service pour recevoir leur traitement.

En premier lieu nous avons passé l'entretien à Mme Ghania, qui maîtrisait très bien la langue française ce qui a fait qu'on n'a pas eu recours à la traduction.

La passation de L'entretien et le test de la satisfaction sexuelle a duré presque une heure, Ensuite Mme Souhia, on lui a fait passer l'entretien qui a duré 45 minutes, et le test de la satisfaction sexuelle.

Par faute de temps et par le fait que les cas ne reviennent que chaque 21 jours on était dans l'obligation de passer tous les outils de recherche en même temps pour chaque cas.

Ensuite on a passé l'entretien à Mme Saida ainsi que l'échelle de satisfaction sexuelle toujours dans les chambres d'observation là où les malades reçoivent leurs traitements, la passation des outils à durée 25 minutes.

Après trois jours on a passé l'entretien avec les deux autres cas à savoir ; Mme Lyla et Mme Nassima, qui maîtrisaient tous les deux la langue française, la durée des entretiens était de 20 minutes pour chacun, ils ont pu remplir l'échelle tous seuls on leur donnant la consigne en français.

4- Les motifs du choix du thème :

- C'est une catégorie de malades à qui on accord pas l'écoute nécessaire.
- C'est une maladie de plus en plus fréquente en augmentation constante en Algérie.
- La surcharge symbolique que portent l'utérus et la fonction sexuelle chez la femme dans notre société.
- La tendance de femmes atteintes de ce cancer à se replier sur elles-mêmes et l'évitement de parler de leur sexualité.

5- Présentation du lieu de recherche :

Nous avons effectué notre travail de recherche à l'EPH ben Merrad el-Mekki de la wilaya de Bejaia, qui se situe à Amizour. Il a été ouvert en 1980. L'hôpital est composé d'un plateau technique et des services d'hospitalisation.

1- Plateau technique comprend :

- ✓ Le Pavillon des urgences médico-chirurgicales (20 lits organisés)
- ✓ Le Bloc Opératoire (04 salles Opératoires)
- ✓ Réanimation chirurgicale : 05 lits
- ✓ Deux salles de Radiologie.
- ✓ Un Laboratoire d'analyse médicale
- ✓ D'une Pharmacie centrale.
- ✓ Une Banque de sang
- ✓ Un Bureau des entrées.

L'établissement est d'une capacité d'accueil de 200 lits. Il est composé de six services d'hospitalisation : la chirurgie générale, la gynécologie obstétrique,

la médecine interne, la pédiatrie, les urgences médico-chirurgicales et le service d'oncologie médicale dans lequel on à effectuer notre recherche, ce service est d'une capacité d'accueil de 36 lits.

La création du service d'oncologie au sein de cet hôpital, revient à une idée née lors d'une réunion du conseil médical le 14 janvier 2003, ainsi le service d'oncologie a été inauguré le 27 janvier 2007 par le ministre de la santé. Il comprend quatre oncologues, deux généralistes ainsi que 13 infirmiers paramédicaux, un coordinateur des activités paramédicales et un cadre assistant, un agent de service pour l'hygiène et un agent archiviste.

Le service est composé de bureaux : celui des admissions, et un bureau pour la psychologue, une salle d'attente, une sale d'archive ainsi d'une unité de neufs chambres, comptant 36 lits, une salle de préparation des protocoles de chimiothérapie, un bureau pour l'ensemble des médecins, une cuisine, une salle de soin, une douche, les sanitaires, enfin une chambre de garde pour les infirmiers.

6-Présentation du groupe de recherche :

Notre travail de recherche s'est effectué auprès de femmes mariées atteints du cancer de l'utérus suivants une chimiothérapie au sein du service d'oncologie de l'hôpital d'Amizour wilaya de Bejaïa. Nous avons effectué notre travail de recherche auprès de cinq cas âgés entre 44 ans à 59 ans.

6-1- Critères d'inclusion :

- ❖ Les sujets de recherche doivent être diagnostiqués d'un cancer de l'utérus.
- ❖ Les sujets de la recherche doivent être mariés et ayant un partenaire active sexuellement.
- ❖ Un certain niveau d'étude
- ❖ Métrise de la langue française
- ❖ Femmes d'un certain âge qui ne dépasse pas 60 ans

6-2-Critères d'exclusion :

- ❖ les femmes ayant plus de 60 ans, car ils ne sont plus active sexuellement et elle quitte le lit conjugale.
- ❖ Les femmes avec aucun niveau d'étude (illettré, analphabète)
- ❖ Les femmes qui n'ont aucune activité sexuelle
- ❖ Les femmes divorcées
- ❖ Les femmes qui ne métrisent pas la langue Française.

Dans ce qui suit nous allons illustrer et définir dans un tableau les caractéristiques de notre groupe de recherche. Ce tableau contient les prénoms de nos sujets de recherche que nous avons évidemment changés pour l'éthique de la recherche, leur âge, leur niveau d'instruction, leur situation matrimoniale, le nombre d'enfant, leur profession et l'année du diagnostic.

Tableau n°1: Caractéristiques du groupe de recherche

Nom	Age	Niveau D'instruction	Profession	Nombre d'enfants	L'année d'intervention	Mariage
Ghania	44	Universitaire	enseignante	4 enfants	2015	12 ans de mariage
Souhila	47	3as	fonctionnaire	2 enfants	2013	11 ans de mariage
Saida	50	CFPA	fonctionnaire	3enfants	2015	10 ans de mariage
lyla	52	Universitaire	Femme au foyer	5 enfants	2014	20 ans de mariage
Nassima	59	3as	enseignante	1 enfant	2015	25 ans de mariage

7- Les outils de recueil de données :

Dans ce qui suit nous aborderons les outils que nous avons utilisés pour effectuer notre travail de recherche. Nous avons commencé par l'entretien de recherche parce que celui-ci permet d'avoir un premier contact avec nos sujets de recherche et d'émettre une relation de confiance avec eux et d'avoir un aperçu de l'impact du cancer de l'utérus de la vie sexuelle des femmes mariées.

7-1-L'entretien de recherche :

L'entretien de recherche est né de la nécessité d'établir un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté pour que ce dernier ne se sente pas comme dans un interrogatoire, contraint de donner des informations. Il peut être utilisé en référence à diverses méthodes expérimentale, biographique, clinique (Blanchet, 1991) et en référence à différents modèles psychanalytique, cognitif et comportemental, systémique, phénoménologique, humaniste enfin ethno psychiatrique. (Blachet&Gotman, 2007, p.7).

Nous avons donc adopté l'entretien de recherche qui est souvent utilisé Comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique. Il représente un outil indispensable pour avoir accès aux informations subjectives des individus. L'entretien de recherche, n'a pas d'objectif thérapeutique ou diagnostique mais il vise l'accroissement des connaissances dans un domaine choisi par le chercheur. Il est produit à l'initiative du chercheur, contrairement à l'entretien thérapeutique où c'est le sujet qui est en situation de demande (Kh. Chahraoui& H. Bénony, 2003, p.141-142).

Cependant, il existe trois différents types d'entretien de recherche, dont l'entretien directif, l'entretien non directif et l'entretien semi-directif. Notre choix s'est porté sur ce dernier qui nous a permis de poser des questions semi directives bien précise et profonde sur chaque axe de notre guide d'entretien et laisser le sujet s'exprimer librement, car nous avons besoin de (Kh. Chahraoui& H. Bénony, 2003, p.143).

Réponses approfondies et riches ce qui nous a permis d'avoir un première aperçu sur la souffrance psychologique des femmes atteints du cancer de l'utérus.

Dans l'entretien clinique semi directif, le chercheur dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance. Le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit (Kh. Chahraoui & H. Bénony, 2003, p.143).

L'entretien semi-directif s'organise dans un cadre strict (l'enquêteur connaît les points précis qu'il désire aborder) qui conserve un principe de liberté de parole (l'enquête se déroule dans un climat de confiance et de souplesse). L'entretien semi-directif visant à obtenir un certain nombre de réponses, il peut être nécessaire de recadrer poliment son interlocuteur si celui-ci s'écarte trop du sujet. (Kh. Chahraoui & H. Bénony, 2003).

Nous avons fait une analyse qualitative, une lecture clinique des données de l'entretien. Comme nous l'avons vu précédemment l'entretien clinique est toujours associé à un guide d'entretien, celui-ci est subdivisé en axes, chacun de ses axes porte un titre ou une thématique et ouvrent sur un certain nombre de questions relatives à chaque axe.

Le « guide d'entretien » est l'outil d'aide-mémoire à travers lequel l'enquêteur aura répertorié l'ensemble des thèmes qu'il souhaite aborder, éventuellement sous forme de questions ouvertes. Le guide reprend les thèmes généraux à couvrir, des questions générales, des sous-questions plus précises, des pistes de relance et des exemples de réponses attendues (afin de vérifier qu'il y a bien une réponse à toutes les questions au cas où l'entretien dépasse le contenu strict du guide). Chaque thème doit correspondre à un objectif de connaissance ou de compréhension bien précis. Le guide n'est pas rigide :

l'ordre des thèmes à aborder n'a pas d'importance, pour autant qu'ils soient tous abordés à la fin. A nouveau, si l'enquêté est d'accord, un enregistrement et une retranscription s'avèreront très utiles pour l'analyse.

Dans ce sens, nous avons élaboré un guide d'entretien comprenant 37 questions en tout, (pour l'ensemble des questions, voir annexe n°1). Cinq questions portent sur : « *les informations générales sur le sujet* », l'objectif c'est de rapporter des informations sur la biographie du sujet. Le premier axe intitulé : « *informations sur santé actuelle et antérieure du sujet* », est composé de onze questions, l'objectif de cet axe est de connaître comment le sujet a vécu sa maladie depuis le moment de l'annonce du diagnostic jusqu'au moment du traitement.

Notre deuxième axe est intitulé : « *informations l'effet de l'hystérectomie sur le soma et la psyché* » il contient huit questions, l'objectif de cet axe est de voir comment les femmes hystérectomies vivent leur maladie comment elle réagit face à cette atteinte.

Notre troisième axe est intitulé « *la symbolisation psychosomatique de l'hystérectomie pour la femme* » il contient trois questions, l'objectif de cet axe est de voir le sens et le degré d'importance que cette femme a pour cet organe, on a terminé notre guide avec un quatrième axe qui est intitulé « *les informations sur la sexualité (le comportement sexuelle féminin et la satisfaction)* » il contient neuf questions, l'objectif de cet axe est de voir le degré de satisfaction globale que le sujet retire de ses échanges sexuels avec sa partenaire.

L'objectif de toutes les questions de notre guide d'entretien est d'évaluer le degré de satisfaction sexuelle globale chez les femmes mariées atteintes du cancer de l'utérus. Pour ce faire on ne s'est pas seulement contenté de notre guide d'entretien clinique semi-directif mais aussi d'une échelle de satisfaction sexuelle que nous allons présenter dans ce qui suit.

7-2- L'Échelle de satisfaction sexuelle :

Nous avons choisi d'utiliser cette échelle qui a été conçue par Comeau et Boisvert, 1985 dans Turcotte, 1993.

Une version française de l'Index of Sexual Satisfaction (ISS; Hudson, Harrison, Crosscup, 1981) est utilisée afin d'évaluer la satisfaction sexuelle.

Celle-ci est définie comme étant le degré de satisfaction globale qu'une personne retire de ses échanges sexuels avec son (sa) conjoint(e). L'ESS peut être administré auprès de couples hétérosexuels ou homosexuels. Cette échelle comprend 25 items qui permettent de mesurer des aspects reflétant la qualité des échanges sexuels (19 items) et des facteurs antécédents ou conséquents à la satisfaction sexuelle (6 items). Une échelle de type Likert graduée de 1 à 5 (1 = rarement ou jamais; 5 = la plupart du temps ou toujours) est utilisée pour quantifier les réponses.

La consigne :

«Ce questionnaire a pour but de mesurer le degré de satisfaction que vous retirez de vos relations sexuelles avec votre partenaire. Il ne s'agit pas d'un test; il n'y a donc pas de bonnes ou mauvaises réponses répondez à chaque item avec le plus d'attention et de précision possible, en cochant la case appropriée ». (V.Fréchette. 2011. P168)

8- Les difficultés de la recherche :

- Ma binôme m a abandonné n'a pas continué et m a laissé a la dernière minute
- Le déroulement des entretiens était dans des conditions difficiles vu que les malades étaient allongés sur les lits en présence d'autres malades à côté.
- Absence d'orientation de la part de la psychologue du service.
- La durée des entretient étaient limités à cause des traitements que les malades subissaient et leurs indisponibilité juste après la fin du traitement.

Conclusion :

Ce chapitre nous l'avons consacré à la méthodologie qui est nécessaire pour tout travail de recherche. Il nous a ainsi permis de voir l'utilité, l'étude de cas et combien l'outil choisi est indiqué à la réalisation de notre recherche, pour arriver et vérifier par la suite nos hypothèses.

Dans le chapitre qui suit nous allons présenter et analyser les cas puis discuter les hypothèses.

CHAPITRE V

Prestation et analyse des résultats

1-1-Premier (01) cas : Présentation et analyse de l'Entretien : Mme ghania**• Les Informations générale sur le sujet :**

Ghania est une femme âgée de 44 ans, elle est mariée depuis 12 ans, c'est est une enseignante, elle est très instruite, mère de quatre enfants (deux garçons et deux filles), elle a subi une hystérectomie de l'utérus.

Ghania s'est montrée coopérative avec nous malgré la fatigue due à la chimiothérapie (c'est sa première séance), nous avons effectué avec elle l'entretien et l'échelle dans la première rencontre.

• Axe 1 : les informations sur l'état de santé actuelle et antérieur du sujet :

Madame ghania n'avait aucune maladie durant son enfance avant cette atteinte, elle avait des kystes mécaniques bilatéraux quelle a traiter.

Elle trouve que le cancer est héréditaire dans sa famille, son oncle a eu un cancer du sang (leucémie), sa tante de côté maternelle a eu le cancer des ovaires, et elle le cancer de l'utérus.

A l'âge de 42 ans elle commençait ressentir des douleurs et enfileurs au niveau du bas du ventre, elle a consulté un médecin, ce dernier lui recommande de faire des analyses sanguine complète et un IRM, et c'est la qu'il a peu confirmé qu'elle a un cancer Dr l'utérus.

Le médecin déclare a son mari comme elle le dit « il faut l'opéré le plus vite possible », elle nous a dit quelle s'attendais pas et que c'était un choc pour elle n'arrivait pas à y croire.

Les premiers temps, elle n'arrêtait pas de pleurer comme nous a dit : « *je pleure toute seul* », et elle avait des insomnies, elle a signalé : « *je ne dors pas la nuit* », elle a peur de mourir et de laisser ses enfants « *mes enfants sont petit je vais mourir et les laissées* », Elle n'a pas accepté de vivre sans utérus, elle a énoncée : « *je me suis jamais imaginé de vivre sans mon utérus* ». Au bout d'un moment, elle finit par accepter d'après ses dires « *Je sais qu'il me fera beaucoup de mal que beaucoup de bien* ».

Ghania s'est faite opérée, à targua ouzmour son hospitalisation a duré trois jours, une fois sortie, elle rentrait chez elle, trois mois après elle a fait six séances de chimiothérapie dans le service d'oncologie d'Amizour.

La patiente nous a raconté que sa maladie s'est propagée dans son corps, elle est pour la deuxième fois sous traitement de chimiothérapie (douze séances). Aujourd'hui, Ghania nous a dit que le cancer l'a détruite « cette maladie me tue », elle se sent tout le temps fatiguée, elle souligne que la maladie l'a rendue nerveuse, elle nous a dit que le cancer l'a rapproché du bon dieu car depuis son atteinte, elle fait ses prières comme il se doit et au bon moment.

Ghania nous a dit que le traitement le plus difficile c'est la chimiothérapie surtout les trois premières séances à cause de ses effets secondaires (les vomissements, la constipation, une vision brouillée et surtout la chute des cheveux), j'évite de me regarder dans la glace.

Ghania ne suit aucun régime alimentaire mais elle préfère tout ce qui est naturel.

- **Axe 2 : les informations de l'effet de l'hystérectomie sur le soma et le psyché :**

En ce qui concerne les tâches quotidiennes elle nous a dit que c'est son mari qui s'occupe d'elle et de ses enfants, ainsi que sa sœur.

Madame Ghania est une femme sociable qui a une bonne relation avec sa famille, belle famille et tout son entourage mais la maladie l'a changée, elle est devenue renfermée, n'aime pas le contact avec les gens, elle préfère rester toute seule, elle ne supporte même pas les cris de ces enfants.

- **Axe 3 : les informations sur la symbolisation psychosomatique de l'hystérectomie pour la femme :**

Ghania nous a dit que cette atteinte l'a beaucoup touchée dans son estime et sa vie elle souligna « cet utérus fait partie de moi et il est à moi il est symbole de ma fécondité » elle déclara « je me sens vidée » et elle me dit que elle ne sait pas comment faire à l'avenir.

- **Axe 4 : les informations sur la sexualité :**

Sa relation avec son mari n'est pas très bonne avant cette atteinte, ils s'occupent juste de leurs enfants, mais c'est la maladie qui les a rapprochées « *Il est Devenu plus gentil et plus compréhensif* ».

Ghania nous a dit qu'elle n'est pas toujours désirable par son conjoint, malgré que son désir soit diminué à cause du traitement qu'elle suivait et la fatigue, elle n'a pas accepté le changement de son corps « *toujours je ressent un vide* ».

Pour Ghania la relation sexuelle réussit quand les deux partenaires participent, elle sent que sa relation sexuelle avec son mari est affecté par cette atteinte « *je me sens plus alaise comme avant* », elle ne ressent plus de plaisir.

Evaluation des Résultats du questionnaire sur la satisfaction des relations sexuelles :

Tableau n°3 : Les résultats du questionnaire de Mme Ghania

Score	Niveau de la satisfaction
63	Le niveau de satisfaction est problématique

Analyse de questionnaire sur la satisfaction des relations sexuelles :

Le tableau si dessus représente les résultats de l'échelle de la satisfaction des rapports sexuelle de Mme Ghania ; d'après ces résultats on constate que notre sujet représente un niveau de satisfaction sexuelle problématique avec un score global de 63 points.

On remarque que notre cas présente une mauvaise qualité dans ces échanges et dans ses rapports sexuelles avec son mari d'après ces réponses (1,6 ,8) par rarement ou jamais, la plus part du temps ou toujours et confirme ce quelle nous a dit dans l'entretien on peut dire parce qu'il n y a pas d'échange

dans leurs sexualité, et elle a répondu a la sixième question qu'est ma vie sexuelle est monotone par la plus part du temps ou toujours qui peut montré une dégradation dans la qualité des échanges des rapports sexuels avec son partenaire.

La synthèse du cas :

D'après l'entretien de Ghania, on a conclu qu'elle a présente des éléments comme la sidération, elle n'a pas accepté sa maladie facilement, elle réclame des insomnies, et la peur de mourir engendré par la maladie.

Notre patiente présente aussi une image corporelle affectée après l'hystérectomie, nous avons déduit qu'elle présente une forte personnalité pour combattre la maladie, pour qu'elle vive pour ces enfants.

Dans le questionnaire de l'échelle de la satisfaction des rapports sexuels Ghania obtient un score supérieur à 30 qui est 63 qui est selon les auteures significatives d'une satisfaction sexuelle problématique.

1-2-Deuxième (02) cas Présentation et analyse d'entretien Mme souhila :**• Les Informations générale sur le sujet :**

Femme âgée de 47 ans, mariée depuis 11ans, mère de deux enfants (Un garçon et une fille) son niveau instruction est 3 as elle travaille comme fonctionnaire, elle a subi une hystérectomie.

Souhila a accepté facilement de nous racontée son histoire personnelle et l'histoire de sa maladie elle a été coopérative, nous avons effectué un entretiens avec elle durant lesquelles elle a été de bonne humeur et pleine d'espoir. Nous avons consacré notre première partie à l'entretien et la deuxième pour questionnaire sur les satisfactions des relations sexuelle.

- **Axe 1 : les informations sur l'état de santé actuelle et antérieur du sujet :**

Souhila a vécu une enfance et une adolescence normales sans aucune maladie particulière, elle n'a jamais été hospitalisée, seulement, ces accouchements étaient avec césariennes.

Souhila avait une santé saine jusqu'à l'âge de 45 ans où elle découvre une infections. Elle souligne que sa maladie est héréditaire « *je suis la troisième après ma tante maternelle à l'âge de 40ans et ma cousine de côté père a l'âge de 33ans* ».

Notre patiente avait pressenti quelque chose au niveau du bas du ventre, elle consulte un médecin, ce dernier soupçonne que c'est un kyste « *kali normalement c'est un kyste* ». Les résultats des analyses et de l'échographie transvaginale ont confirmé que souhila est atteinte d'une tumeur, elle était à côté de sa maman quand le médecin lui annonce la malheureuse nouvelle par téléphone « *j'ai été choqué, je m'attendrai pas, c'est vraiment difficile* », « *heureusement j'ai été avec ma mère* ».

- **Axe 2 : les informations l'effet de l'hystérectomie sur le soma et le psyché :**

Elle a été très choquée, très peur de mourir et de laisser ses enfants elle a annoncé : « *j'ai peur de mourir et de laisser mes enfants seuls* », elle n'arrive pas à accepter l'idée de l'ablation de l'utérus.

C'est son mari qui l'a insisté à faire cette intervention et de suivre l'avis du médecin d'après ses paroles : « *le médecin ta dit de l'enlevé tu l'enlève* ».

Souhila n'arrête pas de pleurer, elle c'est faite opérer le plus vite possible 1 semaine après l'annonce du médecin. Aujourd'hui, elle est à la sixième séance de chimiothérapie, c'est une thérapie qu'elle supporte mal « *ce traitement m'a vraiment fatigué, il a des effets indésirables comme les vomissements, perte d'appétit et l'effet le plus difficile c'est la chute des cheveux* ». Pour camoufler

la chute de ses cheveux, elle met un foulard et elle ne laisse personne la voir tête nue, même son mari, elle n'arrive pas à se regarder dans la glace, elle ne supporte même pas que quelqu'un la regarde en face.

A propos de ses tâches quotidiennes c'est sa mère qui s'occupe d'elle, elle ne suit pas un régime alimentaire strict, elle pense que sa maladie lui a causé beaucoup de retard dans ces projets. Elle reste optimiste elle nous a dit : « *il faut accepter ce qui vient du bon Dieu* »,

• **Axe 3 : les informations la symbolisation psychosomatique de l'hystérectomie pour les femmes :**

Souhila nous dit que les premiers elle se sentait vide comme si quelque chose lui manquait mais avec le temps elle c y faites en plus comme elle le souligna « j ai deux enfants qu'est ce que je vais faire avec je veux juste guérir et être sur pied pour mes enfant » et je ne ressens rien c est juste un plus.

• **Axe 4 : les informations sur la sexualité du sujet :**

Souhila vit une très bonne relation avec son mari avant et après sa maladie, ils ont vécu une histoire d'amour de six ans avant leur mariage. C'est à l'université de Batna qu'ils se sont rencontrés. Son mari a lâché des larmes quand souhila lui annonça la malheureuse nouvelle, elle reconnaît que son mari n'a jamais changé elle nous a dit que son mari n'a jamais changé.

Notre patiente nous annonce que son désir sexuel a diminué, elle essaye toujours de satisfaire son partenaire à la fin de l'entretien, Souhila espère qu'elle guérira et verra ses enfants grandir.

Evaluation des résultats du questionnaire sur la satisfaction des relations sexuelles :

Tableau n°04 : les résultats du questionnaire de Mme Souhila :

Score	Niveau de la satisfaction
64	Le niveau de satisfaction est problématique

L'analyse de questionnaire sur la satisfaction des relations sexuelle :

Le tableau si dessus représente les résultats de l'échelle de la satisfaction des rapports sexuelle de Mme Souhila ; d'après ces résultats on constate que notre sujet représente un niveau de satisfaction sexuelle problématique avec un score global de 64 points.

On remarque que notre cas présente une mauvaise qualité dans ces échanges et dans ses rapports sexuelles avec son mari d'après ces réponses (5,4 ,14) par peu souvent et confirme ce quelle nous a dit dans l'entretien on peut dire parce qu'il n y a des échange dans leurs sexualité mais qu'elle n'apprécie pas régulièrement , et elle a répondu a la quatrième question qu'est c'est devenu une corvée pour moi d'avoir une relation sexuelle avec mon partenaire par peu souvent qui peut montré une dégradation dans la qualité des échanges des rapports sexuels avec son partenaire.

La synthèse du cas :

D'après l'entretien de Souhila, on a constaté qu'elle présente un choc, elle n'a pas accepté le nouveau corps sans utérus, Souhila à eu une peur de mourir et de laisser ses enfants.

Notre patiente présente aussi image corporelle affecté, puisque elle évite de regardé dans une glace, et aussi elle met un foulard pour dissimulés chute de cheveux et elle a un complexe quand les gens regardent.

Dans le questionnaire de l'échelle de la satisfaction des rapports sexuels Souhila obtient un score supérieur à 30 qui est 64 qui est selon les auteures significatives d'une satisfaction sexuelle problématique.

1-3-Troisième cas (0 3) cas Présentation et analyse d'entretien Mme Saida :

- **Les Information générale sur le sujet :**

Saida est une femme âgée de 50ans, c'est la fille unique, elle a 03 trois frères, mariée depuis (17) dix-sept, elle est fonctionnaire, elle a un niveau baccalauréat après son échec au bac elle rejoint un centre de formation professionnelle d'apprentissage. Mère de (03) trois enfants, (03) trois garçon et une fille, elle a subi une hystérectomie totale de l'utérus, elle est sous traitement de chimiothérapie.

Saida s'est montrée coopérative avec nous, nous avons effectuée avec elle deux entretiens, durant lesquels elle a montré un bien être, elle était dynamique et souriante tout ou long des séances.

- **Axe 1 information sur l'état de santé actuelle est antérieurs du sujet :**

Saida a vécu une enfance sans aucun problème de santé, elle nous a signalé que tous ses accouchements étaient en césariennes.

Suite à des douleurs au niveau du bas du ventre et sécrétassions vaginales, elle a consulté un médecin généraliste qui l'a orienté vers un médecin spécialiste pour subir des analyses et faire une endoscopie, qui lui confirme sa maladie.

Saida à part son traitement actuel que lui à prescrit le médecin, elle ne suit aucun régime alimentaire.

- **Axe 2 les informations de l'effet de l'hystérectomie sur le soma et le psyché :**

L'annonce du diagnostic là traumatisé au point que sur le chemin du retour chez elle fait une crise une crise de larmes, au début elle n'a pas accepté l'ablation, elle nous a dit que c'est le médecin qui a insisté, il lui a dit que si tu gardes ton utérus tu mourras et tu quitteras tes enfants, elle nous a dit que les

paroles du médecin sont vraiment touchantes, grâce à ces paroles la, elle a fini par accepter de faire l'ablation, elle nous a dit qu'elle ne pouvait pas fermer l'œil elle a dit : *« je ne dors pas et j arrive pas affermé l'œil matin et soir »*, elle n'a rien dit à sa mère ni à son mari,

Pendant la période de préparation à l'opération, elle est partie à Alger pour faire des radios et des analyses, elle a dit à son mari j'ai juste un kyste et rien de grave, son mari lui a dit tu pars à Alger juste pour un kyste, d'après ses dires : *« j ai dit a mon mari que j ai un kyste, après il lui a dit tu vas partir à Alger à cause d'un kyste »*.

Saida nous a raconté que quand elle a annoncé à son mari sa maladie, il était choqué au même temps fâché parce qu'elle lui a caché sa tumeur tout un mois, comme elle a signalé : *« quand je l ai dit à mon mari il était choqué, après il était fâché contre moi, il ma dit depuis tout ce temps tu as gardé sa pour toi »*.

La jeune femme nous a dit qu'elle a souffert avant de lui annoncer sa maladie puisque elle avait un doute, après l'annonce avant l'opération par ce qu'elle n'imagine pas son corps sans utérus, quand elle a fait l'opération elle se réveille plusieurs fois dans la nuit.

Saida est la première à avoir cette maladie dans sa famille, elle l'a eu depuis 7 sept mois, ainsi (6) six séances de chimiothérapie, les deux premières séances étaient vraiment difficiles mais après elle s'y est adaptée *« la première fois c'étais dure j'ai souffert mais maintenant ça va »*, Saida nous a dit que sa tête est blanche elle mettait un foulard pour que personne ne la voit chauve, elle évite le maximum de se regarder dans le glace parce que son image de corps est affecté *« je déteste me voir dans une glace sut tout depuis que j'ai perdu les cheveux »*,

En ce qui concerne les complications qui ont accompagné cette atteinte, la patient n'a rien révélé *« je remercie Dieu »*.

- **Axe 3 les informations de la symbolisation psychosomatique de l'hystérectomie pour la femme :**

Saida nous a révélé qu'après son intervention elle se sent vide et qu'elle ne sait pas comment vivre avec ça, elle nous déclara « je vous jure que je ne sais pas comment faire et ce que la vie me réserve ».

Saida est une femme sociable, elle a une bonne relation avec sa famille, et sa belle-famille malgré qu'elle n'ait pas trouvé un grand soutien de leur part comme nous a dit : « *j ai cinq belle sœur mais aucune ne m a aide* ». Saida nous a dit que la maladie l'a changé elle évite de confronter et voir ses voisines et tous les gens qui l'entoure.

- **Axe 4 les informations sur la sexualité du sujet :**

La vie de couple est bonne, elle n'a aucun problème avec son mari, Saida se ressent toujours désirable, le problème qui se pose depuis son ablation, c'est qu'elle est devenue frigide, elle refuse la relation sexuelle la plupart du temps « *quand il se rapproche de moi je lui refuse* », quand son mari s'approche d'elle, elle lui dit que tu penses juste à ça et lui répond c'est plus fort que moi, comme elle nous a dit « *je lui tu ne cherche que ça et que tu pense qu'a sa, il lui dit que ce n'est pas de mon ressorts* », elle rajoute que son mari est compréhensif malgré qu'elle refuse la relation sexuelle. Elle nous a dit que son corps n'est plus comme avant elle pense qu'elle ne peut pas satisfaire son partenaire d'après ses dires : « *mon Corp. n'est plus comme avant il me manque quelque chose* », elle ressent aussi que le traitement de chimiothérapie la rend fatiguée et elle ne supporte pas la relation sexuelle elle a dit : « *depuis que je fais la chimio je suis fatigué je ne peux pas* ».

En ce qui concerne les souhaits de Saida, elle veut juste voir ses enfants grandir et réussir dans la vie.

Evaluation des Résultats du questionnaire sur la satisfaction des relations sexuelles :

Tableau n°05 : les résultats du questionnaire de Mme Saida :

Scor	Niveau de satisfaction
75	Le niveau de satisfaction est problématique

Analyse de questionnaire sur la satisfaction des relations sexuelles :

Le tableau si dessus représente les résultats de l'échelle de la satisfaction des rapports sexuelle de Mme Saida ; d'après ces résultats on constate que notre sujet représente un niveau de satisfaction sexuelle problématique avec un score global de 75 points.

On remarque que notre cas présente une mauvaise qualité dans ces échanges et dans ses rapports sexuelles avec son mari d'après ces réponses (2,10 ,25) par peu souvent quelque fois et confirme ce quelle nous a dit dans l'entretien on peut dire parce qu'il n y a des échange dans leurs sexualité mais qu'elle n'apprécie pas régulièrement , et elle a répondu a la vingt cinquième question qu'est je trouve que ma vie sexuelle est ennuyante par peu souvent qui peut montré une dégradation dans la qualité des échanges des rapports sexuels avec son partenaire.

La synthèse du cas :

D'après l'entretien de Saida, on a conclut qu'elle présente un traumatisme engendré par l'annonce de la maladie, une détresse une peur de mourir.

Notre patiente présente aussi une image de corporelle d'elle-même affectée après l'intervention chirurgicale, une perte narcissique et une baisse estime de soi qui altère la vie sexuelle, et touche sa féminité ; Saida met la sexualité au deuxième plan derrière la vie et la guérison.

Dans le questionnaire de l'échelle de la satisfaction des rapports sexuels Saida obtient un score supérieur à 30 qui est 75 qui est selon les auteures significatives d'une satisfaction sexuelle problématique.

1-4-Quatrième (04) cas : Présentation et analyse de l'entretien Mme Lyla :

- **Les informations générales sur le sujet :**

Lyla est une femme âgée de 52 ans, vingt (20) ans de mariage et mère de cinq enfants deux garçons et trois filles, son niveau d'instruction est universitaire, elle est femme au foyer elle a arrêté le travail à cause de ces enfants, elle a subi une hystérectomie totale de l'utérus, actuellement, elle suit des séances de chimiothérapie.

Nous avons eu une seule rencontre avec Lyla, durant lesquelles elle était souriante et dynamique, permettant un contact très facile. La première partie rencontre a été axée sur l'entretien et la deuxième était consacrée au questionnaire sur les satisfactions des relations sexuelles.

- **Axe 1 les informations sur l'état de sante actuelle et antérieur du sujet :**

Lyla a vécu une enfance et une adolescence normales sans aucune maladie, elle n'a jamais été hospitalisée sauf pour les accouchements, pas de facteur héréditaire elle est la première à être atteinte de cette maladie dans sa famille.

Lyla nous a raconté que durant cette dernière année elle ressentait des douleurs au niveau du bas de ventre et des crampes et douleurs dans les régions pelviennes. En consultant un médecin, ce dernier, en lui faisant des analyses, l'informe qu'elles n'étaient pas bonnes, il lui recommande de faire une IRM qui confirma la tumeur.

Ce n'était pas facile pour le conjoint de Lyla qui d'après elle, est très sensible, Elle pense qu'il va s'occuper d'elle vu que sa famille. La patiente essayait d'être courageuse, elle ne voulait pas que les gens aient pitié d'après ses dires : *« je n'aime pas avoir la pitié des gens »*.

Lyla avait un problème hormonal depuis son adolescence, elle pense que sa tumeur est due à cela. Elle est sous traitement de chimiothérapie qui d'après elle causait des douleurs au sein et au bras, aussi des aphtes, des vomissements, une vision brouillée et après la troisième séance, ses cheveux, cilles et sourcils commencèrent à chuter. Elle a dit : « *J'avais des cheveux raides coupé* ». Elle ne suit pas un régime alimentaire strict mais elle évite les conserves et les colorants.

- **Axe 2 les informations de l'effet de l'hystérectomie sur le soma et le psyché :**

Elle accepta de faire l'ablation, Lyla n'a pas divulgué sa maladie à toute la famille. Et pour sa vie quotidienne, c'est elle et son mari qui s'occupent des tâches ménagères et la cuisine elle a dit : « *je fais le ménage avec mon mari* » mais d'après elle quand elle se sent bien, il la laisse faire.

- **Axe 3 les informations de la symbolisation de l'hystérectomie pour la femme :**

Après cette hystérectomie j'essaie de vivre ma vie normalement et je ne sens aucun vide j'ai fini par mes y habitué, et elle est optimiste pour la suite.

- **Axe 4 les informations sur la sexualité du sujet :**

Lyla a connu son mari avant le mariage donc leur vie conjugale était bonne avant et après l'ablation, elle se sent toujours désirable par son partenaire et qu'il est toujours inquiet pour elle. Elle a dit : « *mon mari pense toujours à moi* » mais elle trouve que sa physionomie a changé comme nous a signalée, elle nous a signalé aussi qu'elle est une femme frigide avant cette atteinte d'après ses dires : « je sais que le traitement diminue le désir sexuel mais moi j'avais se problème bien avant » elle préfère la tendresse aux rapports sexuels, elle essaye de satisfaire son partenaire mais la plus part du temps elle évite cette relation.

A la fin de l'entretien Layla espère qu'elle guérira et qu'elle poursuivra sa vie normalement.

Evaluation des Résultats du questionnaire sur la satisfaction des relations sexuelles :

Tableau n°6 : les résultats du questionnaire de Mme Lyla :

scores	Niveau de satisfaction
74	Le niveau de satisfaction est problématique

Analyse de questionnaire sur la satisfaction des relations sexuelles :

Le tableau ci-dessus représente les résultats de l'échelle de la satisfaction des rapports sexuels de Mme Lyla ; d'après ces résultats on constate que notre sujet représente un niveau de satisfaction sexuelle problématique avec un score global de 74 points.

On remarque que notre cas présente une bonne qualité dans ces échanges et dans ses rapports sexuels avec son mari mais il y a un manque dans la relation à cause de l'atteinte d'après ces réponses (7,12,23) par peu souvent quelque fois et confirme ce que nous a dit dans l'entretien on peut dire parce qu'il y a des échanges dans leurs sexualité mais qu'elle n'apprécie pas régulièrement et qu'il y a un manque à cause de l'atteinte, et elle a répondu à la vingt-troisième question qu'est mon partenaire est très sensible à mes besoins et à mes désirs sexuels par rarement ou jamais qui peut montrer une dégradation dans la qualité des échanges des rapports sexuels avec son partenaire.

La synthèse du cas :

D'après l'entretien de Lyla, nous avons constaté qu'elle a reçu l'annonce du diagnostic comme un événement traumatique elle a pleuré, choqué, et elle présente une peur de mourir.

Notre patiente présente aussi une mauvaise perception de son corps, présente une perte narcissique et une baisse estime de soi qui altère sa vie sexuelle, elle évite les rapports sexuels.

D'après le questionnaire de l'échelle de la satisfaction des rapports sexuels Lyla obtient un score supérieur à 30 qui est 74 qui est selon les auteures significatives d'une satisfaction sexuelle problématique.

1-5-Cinquième (05) cas : Présentation et analyse de l'entretien Mme Nassima :

- **Les informations générales sur le sujet :**

Nassima femme âgée de 59 ans, elle à vingt cinq(25) ans de mariage, elle à un niveau bac elle est femme au foyer, mère d'un enfant (une fille).

Nassima a été très coopérative durant notre entretien, elle nous disait qu'elle a vraiment besoins d'une aide psychologique, c'est vraie que nous avons trouvé des difficultés dans la communication.

- **Axe 1 les informations sur l'état de santé actuelle et antérieur du sujet :**

Nassima a vécu une allergie durant son enfance, et des douleurs d'estomac à l'âge adulte, elle a été déjà hospitalisée pour une opération de ses yeux à cause des kystes.

Nassima a fait une fausse couche a l'âge 34 ans, son accouchement était avec césarienne, à l'âge 57 Nassima commence à voir des douleurs et des difficultés quand elle urine, le lendemain elle est parti chez un médecin pour faire des radios, le médecin demande de faire une échographie transvaginale, les résultats confirme son atteinte d'une tumeur.

Nassima n' pas eu de complications après l'opération et elle ne suit pas de régime alimentaire strict.

- **Axe 2 les informations de l'effet de l'hystérectomie sur le soma et le psyché du sujet :**

Choqué de la nouvelle, elle s'évanouie sur place, d'après ses dires : « *le médecin m a annoncé la nouvelle je suis tombé sur place* », elle pleurait tout le temps et se renfermait dans sa chambre.

Elle perçoit très mal l'idée de l'ablation de son utérus, elle croie que toutes les femmes atteintes de cette maladie subiront le sort de la mort. Elle était tout le temps angoissée et stressée, elle a peur de mourir, elle a dit : « *je stresse, j'ai peur, j'ai peur de mourir, les femmes atteintes de cette maladie ne vivent pas* ».

Les moyens financiers de notre patiente sont très réduits, elle trouve que les couts des soins dépassent ses moyens, elle est issue d'une famille moyenne et nombreuse, ces conditions ont augmenté sa souffrance et son désespoir.

Elle pense que sa maladie est due à la consommation de la pilule, c'est son médecin qui lui annonce ca, elle a signalé : « *mon médecin m a dit que ma maladie étais provoqué à cause de la pilule* ».

Nassima est la première de sa famille à être atteinte de cette maladie aujourd'hui, Nassima vit dans les cauchemars, elle ne veut pas accepter ca nouvelle situation, elle perd l'espoir de vivre, elle ne tient ni à son mari ni à ses enfants, d'après ses dires : « *je m en fou de ma fille et de mon mari t* », « *je marche sens savoir ou je vais* », elle dit que sa vie est ruinée, d'après ses dires : « *tout est détruit* ».

Elle pleure nuit et jour, elle fait des cauchemars chaque nuits. Heureusement pour elle, il ya son cousin médecin qui lui explique à chaque fois sa maladie ; d'après ses paroles : « *j'ai mon cousin qu'est médecin il m'expliqué c étais quoi ma maladie* ».

En ce qui concerne les tâches quotidiennes, c'est son mari qui prend soin d'elle et de son enfants malgré qu'ils vivent avec la grande famille, d'après ses

raconte : « *c'est mon mari qui m'aide malgré que je vive avec mes beaux parents et belles sœurs* » .

Elle passe la plus part de ces jours chez ses parents surtout durant les séances de chimiothérapie. Elle nous confie qu'elle n'a pas trouvé le soutien de la belle famille comme elle a signalée : « *j ai pas trouvé le soutien des la famille a mon mari dans les moments difficile et mes belles ne font pas le ménage* ».

Nassima a commencé à perdre ses cheveux à partir de la troisième semaine de traitement, elle qui avait de longs cheveux raides, elle les a coupé avant le début de la chute et elle a mit le foulard, sorte de préparation pour que ses proches ne remarquent pas la différence, d'après ses dires: « *j ai commencé à avoir une chute de cheveu* », « *j ai coupe mes cheveux avant qu'ils tombent, j ai pas envie de le voire quand ils toment comme il était grand* », « *j ai fait le foulard avant que mes cheveux, comme sa les gens ne vont pas le remarque et le voire*».

- **Axe 3 les informations sur la symbolisation psychosomatique de l'hystérectomie pour la femme :**

Nassima nous souligna quelle se sentais tristes et affecté par la perte de son utérus et quelle sentais un vide dans sa vie et quelle ne sais pas comment vivre sans à l'avenir elle nous déclara « *je me sens vidé, comme si on m'enlevé la moitié de mon corps* ».

- **Axe 4 les informations sur la sexualité du sujet :**

La vie conjugale de Nassima est bonne d'après ses dires, son mari prend soin d'elle malgré que les soins dépassent ses moyens elle a dit : « *mon mari fait attention à moi malgré le cout des soins* ». Elle raconte que son mari était très choqué lors de l'annonce du diagnostique elle a dit : « *mon mari étais choqué lors l'annonce de la maladie* ».

Elle est toujours désirée par son conjoint malgré qu'elle ne se voie pas attirante comme avant, il ya une partie importante qui manque ; comme elle nous a signalée : « *J'ai perdu la moitié de mon corps* ».

Notre patiente reconnaît que depuis l'annonce des résultats du diagnostic, son désir sexuel a complètement disparu, elle refuse la relation sexuelle même si son mari lui demande comme elle a annoncée : « *lui il veut moi je ne peux pas* » car elle ne ressent aucun plaisir « *je ressens plus ce n est pas comme avant* », pour elle, ce n'est pas le moment de penser à ça. Son mari est compréhensif ; elle a dit : « *il me dit normal mais malgré sa je ne le crois pas* », elle pense même qu'elle pourra transmettre sa maladie à son mari à travers ces relations.

Evaluation des résultats du questionnaire sur la satisfaction de la relation sexuelle :

Tableau n°7 : les résultats du questionnaire de Mme Nassima :

scores	Niveau de satisfaction
60	Le niveau de la satisfaction est problématique

Analyse de questionnaire sur la satisfaction des relations sexuelles :

Le tableau si dessus représente les résultats de l'échelle de la satisfaction des rapports sexuelle de Mme Nassima ; d'après ces résultats on constate que notre sujet représente un niveau de satisfaction sexuelle problématique avec un score global de 60 points.

On remarque que notre cas présente une mauvaise qualité dans ces échanges et dans ses rapports sexuelles avec son mari d'après ces réponses (2,5 ,6) par la plus part du temps ou toujours et confirme ce quelle nous a dit dans l'entretien on peut dire parce qu'il n y a pas des échanges dans leurs sexualité , et elle a répondu a la cinquième question qu'est je trouve que la

sexualité est sale et dégoûtante par la plus part du temps ou toujours qui peut montré une dégradation dans la qualité des échanges des rapports sexuels avec son partenaire.

La synthèse du cas :

D'après l'entretien de Nassima, nous avons retiré ces éléments « pensées de mort, insomnie, la fatigue et perte d'énergie et de plaisir » qu'elle a depuis l'atteinte de la maladie, qui signifie qu'elle présente une dépression.

Notre patiente présente aussi une image de son corps très affecté, après l'hystérectomie car elle n'a pas accepté son nouveau corps, elle ressentie qu'elle a brisé dans sa féminité, la souffrance ressentie par la patiente influence ça sexualité par la perte de plaisir et l'absence de désir, car elle refus les rapports sexuels.

Le questionnaire nous a permet de faire montrer l'impact sur la sexualité de Nassima, et d'après les résultats du « questionnaire sur la satisfaction des relations sexuelle », Nassima obtient un score supérieur à 30 qui est 60 qui est selon les auteures significatives d'une satisfaction sexuelle problématique.

CHAPITRE VI

Discussion des hypothèses

On reprend dans ce chapitre, nos hypothèses pour pouvoir les discuter, selon les résultats obtenus dans la partie pratique.

Hypothèse générale :

Les femmes qui ont subi l'hystérectomie se caractérisent par et qui a une image négative du corps qui a une influence sur leur vie sexuelle et qu'est cause de son dysfonctionnement et qui altère leur vie sociale.

D'après les résultats de l'entretien et de l'échelle de satisfactions des rapports sexuelles en a constaté que notre hypothèses a été confirmé et que on cinq cas de femmes atteinte du cancer de l'utérus.

Tous les cas ont présenté une problématique au niveau de leurs vies sexuelles causées par l atteintes (cancer de l'utérus hystérectomie)

- En résumé on dit que tous les cas arrivent à s'adapter avec leurs maladies, elles essayent de vivre leurs vies normalement mais au début elles ont subit un choc a cause de l'annonce de la maladie, les patientes semblent avoir vécu l'annonce comme un véritable choc, et la première chose qui viens à leurs esprit c'est la mort et elles vont laisser leurs enfants.

Les hypothèses partielles :**Première hypothèse partielle :**

Les femmes atteintes du cancer de l'utérus peuvent avoir une image négative de leurs corps. Cette première hypothèse à été confirmée par nos cinq cas. A partir de l'analyse de l'entretien on constaté premièrement, que toutes les femmes atteintes d'un cancer de l'utérus présentent un bouleversement de l'état psychique et bien sur somatique, et quelles présente une baisse estime de sois et une mauvaise image corporelle d elle-même.

Deuxième hypothèse partielle :

Cette atteinte peut engendrer un dysfonctionnement au niveau de la sexualité de la personne. Cette deuxième hypothèse à été confirmée par nos cinq cas.

A partir de l'analyse de l'entretien et de l'échelle de la satisfaction sexuelle on a constaté que toutes les femmes atteintes du cancer de l'utérus (hystérectomie) présente un changement et un bouleversement au niveau de leurs vies sexuelles.

Troisième hypothèse partielle :

Les réflexions et les commentaires de l'entourage peuvent influencer sur la vie sociale de la personne et engendrer le développement de la maladie (psychosoma). Cette troisième hypothèse à été confirmée par nos cinq cas. A partir de l'entretiens on a constaté que dans un moment du traitement les femmes mettaient un foulard pour cacher leur chute de cheveux à leur entourage parce qu'elles avaient peur du regard et du jugement des autres et ces réflexions peuvent influencer négativement sur leur corps et engendrer d'autres maladies.

CONCLUSION GENERALE

Conclusion générale

Le cancer de l'utérus fait partie des maladies graves qui bouleversent totalement la vie des femmes, qui les affectent sur tous les plans, la vie quotidienne, les relations sociales, la vie professionnelle et la vie conjugale, précisément « la vie sexuelle ».

Le cancer de l'utérus influence non seulement la femme atteinte mais également les autres membres de la famille ainsi que son environnement et son entourage en générale.

La perte de l'utérus engendre une perturbation et une influence négative de l'image de corps qui impact la vie sexuelle, L'origine des difficultés sexuelles est donc diverse, il est impossible de généraliser ce que vont vivre les femmes au sujet de leur sexualité, beaucoup de facteurs peuvent entrer en ligne de Compte, il y a d'abord l'histoire de vie de chacune et son histoire sexuelle.

Il y a le diagnostic ensuite le pronostic en lien avec cette situation, «l'hystérectomie» associée à un vécu de mutilation et les femmes ont le sentiment d'une altération de leur image de corps et de leur identité féminine, puis interviennent les traitements, la chimiothérapie, la radiothérapie, l'hormonothérapie et les autres traitements médicamenteux qui ont un impact sur la sexualité des femmes.

Peu d'études se sont réellement penchées sur la sexualité des femmes atteintes du cancer de l'utérus, tout au long de la maladie avant et pendant les traitements et sur la période qui leur fait suite.

Dans le cadre de notre recherche intitulé « aspect psychosomatique de l'hystérectomie. Quel impacte sur la sexualité », On a tenté de démontrer l'implication et l'influence du cancer de l'utérus sur le psychisme et l'atteint de l'image du corps qui impact la vie sexuelle de la femme.

Afin d'arrivé aux objectifs retracés pour notre recherche et de vérifier nos hypothèses, nous avons opté pour la méthode clinique, qui nous permet une compréhension approfondie du sujet, elle se caractérise également par la mise en œuvre des techniques spécifiques pour développer une étude de cas.

Conclusion générale

Au cours de notre étude, on a utilisé l'entretien clinique en appliquant une échelle sur les satisfactions des relations sexuelles.

Notre population d'étude été constituée de cinq (5) cas subi une hystérectomie, cette recherche nous a permis d'aboutir à un certain nombre de conclusions qui restent réfutables et pas absolues à cause de notre population d'étude restreinte qui ne présente pas la population mère.

La vie sexuelle chez les femmes atteintes de cancer de l'utérus diffère d'une patiente à une autre, liée à son état psychique et corporelle.

Notre recherche, nous a permis de découvrir le rôle primordial de psychologue dans les services d'oncologie pour la prise en charge des patientes qui ont subi une hystérectomie, afin de diminuer leurs souffrances psychiques, car nous avons remarqué que les patientes se sentent soulager après avoir exprimées leurs souffrances internes.

Enfin, il faut noter que cette recherche reste une bonne et unique expérience en termes d'apprentissage, cela nous a permis d'avancées sur le plan méthodologique et de connaissance scientifique.

Pour conclure, cette étude pourrait être utile pour d'autres recherches sur l'effet de l'hystérectomie sur la vie intime des couples et leur influence sur leurs quotidiens.

ANNEXES

Annexe n°1

Questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant Les rapports sexuels

Nom : Age: Date:

Instruction :

Lisez chacun des énoncés ci-dessous et indiquez la fréquence de ces pensées durant vos rapports sexuels en utilisant les réponses suivantes :

1-Rarement ou jamais

2-Peu souvent

3-Quelque fois

4-Assez souvent

5-La plus part du temps ou toujours

1- j'ai l'impression que (ma) mon partenaire apprécie notre vie sexuelle
2-Ma vie sexuelle est passionnante
3-Les relations sexuelles sont plaisantes pour mon (ma) partenaire et moi
4-C'est devenu une corvée pour moi d'avoir une relation sexuelle avec mon (ma) partenaire
5-je trouve que la sexualité est sale et dégoûtante
6- ma vie sexuelle est monotone
7- nos relations sexuelles sont trop précipitées et rapidement complétées
8- je trouve que ma vie sexuelle manque de qualité
9- mon (ma) partenaire est très excitant(e) sexuellement
10-j apprécie les techniques sexuelles que mon (ma) partenaire aime ou utilise
11- je trouve que mon (ma) partenaire m'en demande trop au point de vue sexuelle
12- je trouve que la sexualité, c'est merveilleux
13- mon (ma) partenaire attache trop d'importance à la sexualité
14- j'essaie d'éviter les contacts sexuels avec mon (ma) partenaire
15- mon (ma) partenaire est trop brusque au brutal(e)lors de nos relations sexuelles
16- mon (ma) partenaire est un(e) compagnon (compagne) sexuel(le) merveilleux (se)
17- je considère la sexualité comme une composante normale de notre relation
18- mon (ma) partenaire refuse les relations
19- je considère que notre vie sexuelle ajoute vraiment beaucoup à nos relations
20- mon (ma) partenaire semble éviter les contacts sexuels avec moi
21- il m'est facile d'être excité (e) sexuellement par mon (ma) partenaire
22- j'ai l'impression que mon (ma) partenaire est satisfait (e) sexuellement avec moi
23- mon (ma) partenaire est très sensible à mes besoins et à mes désirs sexuels
24- mon (ma) partenaire ne me satisfait pas sexuellement
25- je trouve que ma vie sexuelle est ennuyante

Annexe n°02

Présentation de guide d'entretien :

- **Information générale sur le sujet :**

Dans ce point on essaye de mieux connaître les informations personnelles du sujet ;

- 1) Quel âge avez-vous ?
- 2) Quelle est votre situation matrimoniale ? depuis combien de temps ?
- 3) Avez-vous des enfants ? si oui combien ?
- 4) Quel est votre niveau d'instruction ?
- 5) Quelle est votre profession ?

- **Axe 1 : information de l'état de santé (actuelle et antérieur du sujet) :**

Dans ce premier axe nous essayons de récolté des informations sur l'état de sante du sujet ;

- 6) Avez-vous souffert d'une maladie (atteinte) dans votre enfance
- 7) Avez-vous d'autres maladies avant que vous soyez atteint de cancer de l'utérus?
- 8) étiez-vous hospitalisé à cause d'une maladie autre que celle-ci ?
- 9) Avez-vous subie une intervention chirurgicale au par avant ?
- 10) Ya-il d'autre personnes de votre famille atteint de la même maladie ?
- 11) Depuis quant êtes-vous malade et comment évolue cette maladie ?
- 12) Quelles sont les raisons qui ont provoqué votre état actuel ?
- 13) Quelle sont les complications et maladies qui ont accompagné cette atteinte aujourd'hui ?
- 14) Combien de fois vous étiez hospitalisé a cause de cette atteinte ?
- 15) Quel est votre traitement actuel ? Et comment le vivez-vous ?
- 16) Suivez-vous un régime alimentaire strict ?

- **Axe 2 : l'effet de l'hystérectomie sur le soma et la psyché :**

Dans ce deuxième axe nous essayons de savoir quelles sont été les effets de l'hystérectomie sur le sujet (soma psyché) ;

18) Quelle est votre réaction la première fois quand ont vous a annoncé la maladie ?

19) Avez-vous besoin d'autres personnes de votre entourage pour accomplir vos tâches quotidiennes ?

20) Comment était votre relation avec votre mari avant cette atteinte ?

21) Qu'avez-vous ressenti quand vous avez su que vous êtes malade ?

22) Quelle était la réaction de votre mari ?

23) Comment vivez-vous votre maladie au sein de votre vie conjugale ?

24) Constatez-vous un changement de sa part depuis qu'il le sait ?

25) Est- ce que vous vous ressentez que vous êtes toujours désirable vis-à-vis votre conjoint ?

- **Axe 3 : la symbolisation psychosomatique de l'hystérectomie pour la femme :**

Dans ce troisième axe nous essayons de savoir ce que l'utérus symbolise pour cette femme ;

26) Que représente l'utérus dans votre vie ?

27) Comment vous sentez vous sens votre utérus ?

28) Comment voyez-vous votre vie ?

- **Axe 4 : information sur la sexualité (le comportement sexuelle féminin et la satisfaction) :**

Dans ce quatrième axe nous essayons de savoir comment se passe ou est la vie sexuelle de la femme ;

29) Avez-vous pensé que certains parties de ton corps son pas attirantes ?

30) Avez-vous pensé que votre relation est ennuyeuse ?

- 31) Avez-vous ressentie que vous n'êtes pas assez bonne ?
- 32) Est-ce que vous ressentez un manque de plaisir après cette atteinte ?
- 33) Est-ce que vous ressentez que votre mari vous aimiez toujours ?
- 34) Est-ce que vous ressentez que vous satisfaisiez votre partenaire ?
- 35) Est-ce que vous faite le rapport sexuelle seulement pour satisfaire votre mari ?
- 36) Comment trouvez vous activité sexuelle ?
- 37) Combien de rapport sexuel avez-vous par semaine avant et après la maladie ?

Annexe n°3

Tableau n°1 : présentation des résultats de Mme : Ghania 44 ans

1- j'ai l'impression que (ma) mon partenaire apprécie notre vie sexuelle	1
2-Ma vie sexuelle est passionnante	1
3-Les relations sexuelles sont plaisantes pour mon (ma) partenaire et moi	1
4-C'est devenu une corvée pour moi d'avoir une relation sexuelle avec mon (ma) partenaire	5
5-je trouve que la sexualité est sale et dégoûtante	5
6- ma vie sexuelle est monotone	5
7- nos relations sexuelles sont trop précipitées et rapidement complétées	5
8- je trouve que ma vie sexuelle manque de qualité	5
9- mon (ma) partenaire est très excitant(e) sexuellement	1
10-j'apprécie les techniques sexuelles que mon (ma) partenaire aime ou utilise	1
11- je trouve que mon (ma) partenaire m'en demande trop au point de vue sexuelle	3
12- je trouve que la sexualité, c'est merveilleux	1
13- mon (ma) partenaire attache trop d'importance à la sexualité	3
14- j'essaie d'éviter les contacts sexuels avec mon (ma) partenaire	5
15- mon (ma) partenaire est trop brusque au brutal(e)lors de nos relations sexuelles	5
16- mon (ma) partenaire est un(e) compagnon (compagne) sexuel(le) merveilleux (se)	1
17- je considère la sexualité comme une composante normale de notre relation	1
18- mon (ma) partenaire refuse les relations	1
19- je considère que notre vie sexuelle ajoute vraiment beaucoup à nos relations	1
20- mon (ma) partenaire semble éviter les contacts sexuels avec moi	3
21- il m'est facile d'être excité (e) sexuellement par mon (ma) partenaire	1
22- j'ai l'impression que mon (ma) partenaire est satisfait (e) sexuellement avec moi	4
23- mon (ma) partenaire est très sensible à mes besoins et à mes désirs sexuels	1
24- mon (ma) partenaire ne me satisfait pas sexuellement	1
25- je trouve que ma vie sexuelle est ennuyante	1

Annexe n° 4

Tableau n°2 : présentation des résultats de Mme : Souhila 47

1- j'ai l'impression que (ma) mon partenaire apprécie notre vie sexuelle	5
2-Ma vie sexuelle est passionnante	4
3-Les relations sexuelles sont plaisantes pour mon (ma) partenaire et moi	3
4-C'est devenu une corvée pour moi d'avoir une relation sexuelle avec mon (ma) partenaire	2
5-je trouve que la sexualité est sale et dégoûtante	2
6- ma vie sexuelle est monotone	1
7- nos relations sexuelles sont trop précipitées et rapidement complétées	3
8- je trouve que ma vie sexuelle manque de qualité	1
9- mon (ma) partenaire est très excitant(e) sexuellement	5
10-j'apprécie les techniques sexuelles que mon (ma) partenaire aime ou utilise	3
11- je trouve que mon (ma) partenaire m'en demande trop au point de vue sexuelle	1
12- je trouve que la sexualité, c'est merveilleux	4
13- mon (ma) partenaire attache trop d'importance à la sexualité	1
14- j'essaie d'éviter les contacts sexuels avec mon (ma) partenaire	2
15- mon (ma) partenaire est trop brusque au brutal(e)lors de nos relations sexuelles	1
16- mon (ma) partenaire est un(e) compagnon (compagne) sexuel(le) merveilleux (se)	5
17- je considère la sexualité comme une composante normale de notre relation	1
18- mon (ma) partenaire refuse les relations	1
19- je considère que notre vie sexuelle ajoute vraiment beaucoup à nos relations	1
20- mon (ma) partenaire semble éviter les contacts sexuels avec moi	1
21- il m'est facile d'être excité (e) sexuellement par mon (ma) partenaire	5
22- j'ai l'impression que mon (ma) partenaire est satisfait (e) sexuellement avec moi	5
23- mon (ma) partenaire est très sensible à mes besoins et à mes désirs sexuels	4
24- mon (ma) partenaire ne me satisfait pas sexuellement	1
25- je trouve que ma vie sexuelle est ennuyante	2

Annexe n° 05

Tableau n°03 : présentation des résultats de Mme : Saida 50 ans

1- j'ai l'impression que (ma) mon partenaire apprécie notre vie sexuelle	5
2-Ma vie sexuelle est passionnante	1
3-Les relations sexuelles sont plaisantes pour mon (ma) partenaire et moi	2
4-C'est devenu une corvée pour moi d'avoir une relation sexuelle avec mon (ma) partenaire	5
5-je trouve que la sexualité est sale et dégoûtante	5
6- ma vie sexuelle est monotone	5
7- nos relations sexuelles sont trop précipitées et rapidement complétées	5
8- je trouve que ma vie sexuelle manque de qualité	4
9- mon (ma) partenaire est très excitant(e) sexuellement	2
10-j'apprécie les techniques sexuelles que mon (ma) partenaire aime ou utilise	1
11- je trouve que mon (ma) partenaire m'en demande trop au point de vue sexuelle	5
12- je trouve que la sexualité, c'est merveilleux	1
13- mon (ma) partenaire attache trop d'importance à la sexualité	5
14- j'essaie d'éviter les contacts sexuels avec mon (ma) partenaire	5
15- mon (ma) partenaire est trop brusque au brutal(e)lors de nos relations sexuelles	1
16- mon (ma) partenaire est un(e) compagnon (compagne) sexuel(le) merveilleux (se)	3
17- je considère la sexualité comme une composante normale de notre relation	1
18- mon (ma) partenaire refuse les relations	1
19- je considère que notre vie sexuelle ajoute vraiment beaucoup à nos relations	1
20- mon (ma) partenaire semble éviter les contacts sexuels avec moi	1
21- il m'est facile d'être excité (e) sexuellement par mon (ma) partenaire	3
22- j'ai l'impression que mon (ma) partenaire est satisfait (e) sexuellement avec moi	5
23- mon (ma) partenaire est très sensible à mes besoins et à mes désirs sexuels	2
24- mon (ma) partenaire ne me satisfait pas sexuellement	1
25- je trouve que ma vie sexuelle est ennuyante	5

Annexe n°6

Tableau n°04 : présentation des résultats de Mme Lyla 52 ans

1- j'ai l'impression que (ma) mon partenaire apprécie notre vie sexuelle	5
2-Ma vie sexuelle est passionnante	5
3-Les relations sexuelles sont plaisantes pour mon (ma) partenaire et moi	4
4-C'est devenu une corvée pour moi d'avoir une relation sexuelle avec mon (ma) partenaire	1
5-je trouve que la sexualité est sale et dégoûtante	1
6- ma vie sexuelle est monotone	1
7- nos relations sexuelles sont trop précipitées et rapidement complétées	3
8- je trouve que ma vie sexuelle manque de qualité	1
9- mon (ma) partenaire est très excitant(e) sexuellement	5
10-j'apprécie les techniques sexuelles que mon (ma) partenaire aime ou utilise	5
11- je trouve que mon (ma) partenaire m'en demande trop au point de vue sexuelle	1
12- je trouve que la sexualité, c'est merveilleux	4
13- mon (ma) partenaire attache trop d'importance à la sexualité	2
14- j'essaie d'éviter les contacts sexuels avec mon (ma) partenaire	2
15- mon (ma) partenaire est trop brusque au brutal(e)lors de nos relations sexuelles	1
16- mon (ma) partenaire est un(e) compagnon (compagne) sexuel(le) merveilleux (se)	5
17- je considère la sexualité comme une composante normale de notre relation	4
18- mon (ma) partenaire refuse les relations	1
19- je considère que notre vie sexuelle ajoute vraiment beaucoup à nos relations	3
20- mon (ma) partenaire semble éviter les contacts sexuels avec moi	1
21- il m'est facile d'être excité (e) sexuellement par mon (ma) partenaire	5
22- j'ai l'impression que mon (ma) partenaire est satisfait (e) sexuellement avec moi	5
23- mon (ma) partenaire est très sensible à mes besoins et à mes désirs sexuels	1
24- mon (ma) partenaire ne me satisfait pas sexuellement	1
25- je trouve que ma vie sexuelle est ennuyante	1

Annexe n°7

Tableau n°05: présentation des résultats de Mme Nassima 59 ans

1- j'ai l'impression que (ma) mon partenaire apprécie notre vie sexuelle	5
2-Ma vie sexuelle est passionnante	1
3-Les relations sexuelles sont plaisantes pour mon (ma) partenaire et moi	1
4-C'est devenu une corvée pour moi d'avoir une relation sexuelle avec mon (ma) partenaire	5
5-je trouve que la sexualité est sale et dégoûtante	5
6- ma vie sexuelle est monotone	5
7- nos relations sexuelles sont trop précipitées et rapidement complétées	2
8- je trouve que ma vie sexuelle manque de qualité	5
9- mon (ma) partenaire est très excitant(e) sexuellement	2
10-j'apprécie les techniques sexuelles que mon (ma) partenaire aime ou utilise	1
11- je trouve que mon (ma) partenaire m'en demande trop au point de vue sexuelle	4
12- je trouve que la sexualité, c'est merveilleux	1
13- mon (ma) partenaire attache trop d'importance à la sexualité	1
14- j'essaie d'éviter les contacts sexuels avec mon (ma) partenaire	5
15- mon (ma) partenaire est trop brusque au brutal(e)lors de nos relations sexuelles	1
16- mon (ma) partenaire est un(e) compagnon (compagne) sexuel(le) merveilleux (se)	3
17- je considère la sexualité comme une composante normale de notre relation	1
18- mon (ma) partenaire refuse les relations	1
19- je considère que notre vie sexuelle ajoute vraiment beaucoup à nos relations	1
20- mon (ma) partenaire semble éviter les contacts sexuels avec moi	1
21- il m'est facile d'être excité (e) sexuellement par mon (ma) partenaire	2
22- j'ai l'impression que mon (ma) partenaire est satisfait (e) sexuellement avec moi	5
23- mon (ma) partenaire est très sensible à mes besoins et à mes désirs sexuels	4
24- mon (ma) partenaire ne me satisfait pas sexuellement	1
25- je trouve que ma vie sexuelle est ennuyante	1